FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1967 N°

THÈSE

394

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

par

Jean-Pierre COQUILLAUD

né le 14 Décembre 1938 à COGNAC (Charente)

Interne des Hôpitaux de Paris

Assistant d'Anatomie à la Faculté

Présentée et soutenue publiquement le :

RÉFLEXIONS SUR CENT UN CAS

DE COLLECTIONS ENKYSTÉES D'ORIGINE PANCRÉATIQUE

Président : Monsieur le Professeur J.-L. LORTAT-JACOB

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1967 N°

THESE

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

par

Jean-Pierre COQUILLAUD

né le 14 Décembre 1938 à COGNAC (Charente)

Interne des Hôpitaux de Paris

Assistant d'Anatomie à la Faculté

Présentée et soutenue publiquement le :

REFLEXIONS SUR CENT UN CAS

DE COLLECTIONS ENKYSTEES D'ORIGINE PANCREATIQUE

Président : Monsieur le Professeur J.-L. LORTAT-JACOB

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

15/1/1967

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudard d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.) Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piedelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.) Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN ..... Georges **DROUET**
1er ASSESSEUR .... Daniel **BARGETON**
2e ASSESSEUR .... Jean **GOSSET**

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
— —	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
—	SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)
— —	GOUGEROT (L.)
— —	ROUCAYROL (J.-Cl.)
— —	TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique	DENOIX (P.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
— — (Bourcicaut)	LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
» » —	BAUMANN (J.)
» » Cochin	LEGER (L.)
» » Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
» » Saint - Antoine	GOSSET (J.)
» » Salpêtrière	SICARD (A.)
» » Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — — (Foch)	PADOVANI (P.)
— — — — (Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales : Bicêtre	DEPARIS (M.)
» » Broussais	MILLIEZ (P.)
» » Cochin	N...
» » Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
» » Pitié	DREYFUS (G.)
» » Saint-Antoine	CONTE (M.)
» » Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
» » Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

MM.

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat) ..... DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades) MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais) ..... JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu) ..... DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker) ..... HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) ..... DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière) ..... GARÇIN (R.)
Cliniques obstétricales : Baudelocque ..... LACOMME (M.)
— — Saint-Antoine ..... MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) ..... VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) ..... OFFRET (G.)
— — (Cochin) ..... BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) ..... AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau) ..... MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul) .. THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec) ..... BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) ..... MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) ..... COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière) ..... SÈZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière) ..... DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chrirurgicale (Vaugirard) ..... ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) ..... LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Widal) ..... GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré) ..... JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin) ..... ABOULKER (P.)
— — (Necker) ..... COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) ..... LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin) ..... DOMART (A.)
— — (Lariboisière) ..... BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié) ..... RAMBERT (P.)
— — (Rothschild) ..... WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais) ..... POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie ..... ANDRÉ (R.)
» ..... BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie ..... GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses ..... BASTIN (R.)
Médecine ..... AZERAD (E.)
» ..... BOUR (H.)
» ..... CAROLI (J.)
» ..... DREYFUS (B.)
» ..... GROSSIORD (A.)
» ..... LAMBLING (A.)
» ..... LAUNAY (Cl.)
» ..... PAYET (M.)
» ..... PERRAULT (M.)
» ..... SIGUIER (F.)
» ..... WORMS (R.)
Néphrologie ..... RICHET (G.)
Neuro-chirurgie ..... LE BEAU (J.)
Neurologie ..... LHERMITTE (F.)
Neuro-psychiatrie ..... PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie ..... MADURO (R.)
Pédiatrie ..... POLONOVSKI (Cl.)
» ..... ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie ..... KREIS (B.)
» ..... MEYER (A.)
Rhumatologie ..... DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.		MM.	
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)	Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.)	Pédiatrie	ROSSIER (A.)
— —	GONNARD (P.)	Physique médicale	COURSAGET (J.)
— —	NORDMANN (J.)	— —	GREMY (F.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)	Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER G.		

III. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie ..... HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale ..... RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIES

Hormonologie ..... MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique .... SCHWARTZ (D.)

Secrétaire Général de la Faculté ..... M. LENA (J.)
Conseiller administratif ..... Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque ;
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine ..... M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs ..... Mlles DUMAITRE (P.). LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires ..... Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M. F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

A mon Père

qui a partagé les joies et les difficultés de ma vie d'étudiant, m'a éclairé par ses conseils, encouragé et réconforté en m'accordant sa confiance tout en m'entourant de son indulgente affection.

En témoignage de mon affectueuse reconnaissance pour tout ce que je lui dois.

A ma Mère

qui a toujours su m'entourer de sa tendresse et de sa sollicitude.

Qu'elle soit assurée de mon très affectueux attachement.

A la mémoire du

Doyen Gaston CORDIER

dont tous ses élèves ont ressenti
douloureusement la disparition soudaine.

A mon Maître

Monsieur le Professeur Jean-Louis LORTAT-JACOB

Professeur de la Chaire
de Clinique Chirurgicale de l'Hôpital BEAUJON

qui nous a fait l'honneur de présider cette thèse.

En témoignage d'admiration et de profond respect pour l'intérêt et l'affection qu'il porte à ses élèves.

A mon Maître

Monsieur le Professeur Agrégé Maurice MERCADIER

Chef du Service de Chirurgie
de l'Hôpital LA PITIE

qui a bien voulu nous confier le sujet et les éléments de ce travail, fruit de son immense expérience en matière de Chirurgie Pancréatique et Biliaire.

Dès notre externat, il a éveillé en nous le goût de la Chirurgie.

En signe de gratitude pour la richesse de son enseignement et l'indulgent intérêt qu'il nous a toujours témoigné.

A mon Maître

Monsieur le Professeur Jean BAUMANN

Professeur de la Chaire
de Clinique Chirurgicale de l'Hôpital BEAUJON

En témoignage d'admiration pour son immense expérience et son enseignement unanimement apprécié en matière de Chirurgie thoracique et de Réanimation respiratoire.

Avec notre très vive reconnaissance pour le bienveillant intérêt qu'il nous porte.

A mon Maître

Monsieur le Docteur Jacques HEPP

Chirurgien des Hôpitaux

Chef du Service de Chirurgie de l'Hôpital BICHAT

C'est à ses côtés que nous avons commencé notre Externat et achevé notre Internat.

Il a profondément marqué l'orientation de notre carrière chirurgicale hospitalière.

En témoignage de notre très vive admiration pour ses qualités d'homme et de chirurgien.

A mon Maître,

Monsieur le Professeur Agrégé Bernard PERTUISET

Neurochirurgien des Hôpitaux

qui nous a toujours honoré de son amitié et éclairé de ses précieux conseils.

En témoignage de notre très vive reconnaissance et de notre respectueux attachement.

A mon Maître de l'Ecole Pratique de la Faculté

Le Professeur d'Anatomie A. DELMAS

A mes Maîtres des Hôpitaux de PARIS

Externat :

Monsieur le Docteur Jacques HEPP
Monsieur le Docteur Noël PERRON
Monsieur le Professeur Agrégé Didier FRITEL
Monsieur le Professeur Paul MILLIEZ
Monsieur le Professeur Paul CASTAIGNE
Monsieur le Professeur Agrégé Gabriel RICHET

Internat :

Monsieur le Docteur Claude ROUVILLOIS
Monsieur le Professeur Marcel DAVID
Monsieur le Docteur Philippe DETRIE
Monsieur le Professeur Jean BAUMANN
Monsieur le Doyen Gaston CORDIER (†)
Monsieur le Professeur Agrégé Maurice MERCADIER
Monsieur le Professeur Agrégé Fernand FLABEAU
Monsieur le Professeur Jean-Louis LORTAT-JACOB
Monsieur le Docteur Jacques HEPP.

A tous ceux qui m'ont aidé par leur
enseignement et leurs précieux conseils

Messieurs les Docteurs Christian CABROL
Henri GARNIER
Jean VAYSSE
Jean-Noël MAILLARD
Jean MOREAUX
Jean-Paul CLOT
Emile LETOURNEL

A mes Conférenciers d'Externat et
d'Internat et tout particulièrement

Messieurs les Docteurs Jean LANGLOIS
Jacques REYNIER

A mes Collègues et à tous mes Amis.

INTRODUCTION

Nous entendons par COLLECTIONS ENKYSTEES d'ORIGINE PANCREATIQUE, toutes les collections liquidiennes dont l'origine se situe dans le pancréas lui-même et dont le développement peut se faire soit à l'intérieur de la glande, soit au voisinage de celle-ci. Ces COLLECTIONS ENKYSTEES ont un certain nombre de traits en commun :

1°- Elles paraissent secondaires à une interruption ou à une effraction du système excréteur de la glande, canalicules ou acini, bien qu'elles puissent s'en exclure ultérieurement.

2°- Elles contiennent du suc pancréatique pur ou mêlé de sang hémolysé ou à des débris nécrotiques.

3°- Elles ne possèdent pas une paroi épithéliale autonome et continue par opposition aux kystes vrais.

4°- Elles sont le plus souvent LIMITEES tout en étant susceptibles d'envoyer de véritables fusées en dehors de la loge péripancréatique.

5°- Elles ne sont jamais clivables du reste du parenchyme.

Cette DEFINITION ORIGINALE se justifie à nos yeux par son indiscutable réalité qui découle des constatations anatomiques et chirurgicales. En effet, nous distinguons au sein de ces collections d'origine pancréatique :

I - LES COLLECTIONS EXTRA-PARENCHYMATEUSES

Elles sont décrites depuis longtemps sous le terme de PSEUDO-KYSTES. Il est vrai que l'anatomie justifie au plus haut degré cette appellation déjà ancienne puisque les parois ne sont constituées que par celles du pancréas lui-même et des organes voisins : l'estomac, le duodénum, le mésocôlon ou le côlon lui-même, la rate, le foie, le diaphragme. Cependant, ces barrières naturelles peuvent être forcées lorsque la collection, à l'étroit, a une propension naturelle à fuser hors de la loge péripancréatique. Ainsi, le PSEUDO-KYSTE tout en restant limité, va émettre des prolongements vers l'étage sous mésocolique et surtout dans les plans sous péritonéaux, vers la région coeliaque ou la loge sous phrénique gauche, le

médiastin voire même la plèvre.

Soulignons d'emblée que, dans l'ensemble, ces collections extra-parenchymateuses sont le plus souvent nécrotiques : la NECROSE, qu'elle soit secondaire à un traumatisme ou à une attaque de pancréatite aiguë.

II - LES COLLECTIONS INTRA-PARENCHYMATEUSES DEVELOPPEES AU SEIN DU PANCREAS

La plupart de ces collections méritent également l'appellation de PSEUDO-KYSTES, car leurs parois non clivables du reste de la glande sont constituées par du tissu pancréatique tassé, laminé, nécrosé en totalité ou partiellement détruit, sans aucune bordure épithéliale et leur contenu est, là encore, nécrotique ou encombré de débris sphacéliques témoins de l'agression aiguë dont la glande a été la victime.

D'autres collections ont un contenu clair fait de suc pancréatique riche en enzymes, et paraissent indubitablement très proches de la ducto-pancréatectasie ou hydro-pancréatose décrite pour la première fois en 1932 par SOUPAULT par analogie avec la cholangiectasie et l'hydronéphrose.

Quoi qu'il en soit, toutes ces collections intra-parenchymateuses dont la fréquence ne cesse de croître, qu'elles succèdent à un phénomène nécrotique localisé, qu'elles représentent la complication évolutive des pancréatites chroniques par rétention, ou que les phénomènes s'associent, ont en commun :

- de réaliser une cavité au sein du pancréas dont le contenu est variable, dont la paroi est une véritable coque fibreuse parfois partiellement épithélialisée ou n'est constituée que par expansion en dérivation sur le canal de wirsung,
- de mériter ainsi, tantôt l'appellation de pseudo-kystes véritables, tantôt celle de kystes rétentionnels canalaires,
- de poser au chirurgien les mêmes problèmes thérapeutiques : ceux d'une cavité à drainer.

Bref, ces deux variétés de COLLECTIONS EXTRA ou INTRA-PARENCHYMATEUSES méritent d'être réunies sous la même dénomination de collections enkystées d'origine pancréatique parce que :

- elles représentent une CAVITE qui n'a aucune tendance spontanée à l'affaissement et qui ne pourra qu'évoluer vers des complications, infection, rupture, fistulisation, en dehors d'un geste chirurgical efficace de drainage ou d'exérèse.

- Ce geste opératoire ne pourra être efficace que s'il tient compte au départ d'un certain nombre de données anatomopathologiques essentielles :
  - du siège exact de la collection par rapport à la glande et dans la glande,
  - de son caractère communiquant ou non avec les voies pancréatiques excrétrices,
  - de son retentissement sur les organes de voisinage digestif, biliaire ou veineux,
- Quant à l'avenir lointain de la collection, il dépend de la maladie pancréatique, c'est-à-dire des conditions étiopathogéniques qui ont présidé à sa constitution.

Ainsi, l'analyse détaillée des caractères anatomopathologiques de ces collections, associée à l'appréciation de leur retentissement sur l'état général du malade, va permettre de fixer pour chaque collection et pour chaque patient le traitement qui lui convient le mieux. Ce traitement chirurgical ne peut plus être aujourd'hui le fait du hasard ou de l'humeur du moment. Il repose sur des données cliniques et surtout sur une confrontation anatomique et radiologique per opératoire précise. Le but de ce travail est de les préciser, d'étudier les techniques proposées et leurs résultats à partir d'une statistique de 90 malades, statistique homogène provenant du même auteur, le Professeur MERCADIER, qui a dirigé cette étude.

---oOo---

RAPPEL HISTORIQUE ET ETIO-PATHOGENIQUE

Ces collections, telles que nous venons de les définir au chapître Introduction, ont fait l'objet dans la littérature de très nombreuses publications (nous en avons consulté près de 250) depuis que MORGAGNI, en 1761, décrivit pour la première fois "les multiples kystes du pancréas, du mésentère et de l'omentum".

Cette abondance n'a d'égale que l'impression de confusion qui se dégage de ces publications qui intéressent soit des séries limitées, soit des plus grandes séries, mais provenant d'auteurs très différents. Bref, les définitions ou les appellations foisonnent, la classification de même, tandis que les interprétations pathogéniques sont souvent confuses et que le traitement demeure empirique.

En réalité, c'est le 60ème Congrès de Chirurgie qui, en 1958, fait pour la première fois le point sérieux de la question grâce aux apports de l'expérience personnelle, chirurgicale et expérimentale de ses deux rapporteurs MM. MERCADIER et MALLET GUY.

Nous allons nous borner ici à rappeler les étapes qui nous ont paru intéressantes avant 1958 en ce qui concerne plus particulièrement les définitions et les interprétations étio-pathogéniques proposées, puis à tirer plus en détail les conclusions du 60ème Congrès. Enfin, nous tirons nos propres conclusions de l'analyse de la littérature en nous réservant de faire au chapître "Traitement" un court rappel historique thérapeutique.

I - AVANT 1958

- Dès 1899, KORTE souligne l'absence de revêtement épithélial autonome, critère qui va permettre pendant des années d'opposer les kystes vrais aux pseudo-kystes. Il retrouve sur sa statistique de 117 cas, 28 % d'antécédents traumatiques.

- En 1925, MOCQUOT et CONSTANTINI publient un mémoire intitulé "Contusions du pancréas et pseudo-kystes" où ils insistent sur les relations existant entre les traumatismes pancréatiques et l'apparition des faux kystes.

- En 1928, BROCQ, dans son livre sur les pancréatites aiguës, oppose pour la première fois les lésions kystiques et intra-parenchymateuses

à celles qui siègent hors du pancréas. Cette notion nous apparaît aujourd'hui de par sa réalité, comme essentielle.

- En 1949, D.H. POERS (185) souligne que le kyste probablement le plus fréquent est le simple kyste rétentionnel qui est, la plupart du temps, une découverte d'autopsie. Il ajoute que ces kystes sont parfois multiples et résultent de l'occlusion d'un canal ou de plusieurs orifices acineux par la fibrose, l'inflammation ou les modifications néoplasiques avec de possibles calculs associés. Cette notion de fréquence des collections pancréatiques ayant à leur origine un phénomène rétentionnel est vérifiée aujourd'hui.

MEYER, la même année (159), écrit que l'absence de bordure épithéliale ne peut entrer dans la définition car elle a pu exister et être secondairement détruite par la nécrose et les enzymes. Cette appréciation ne saurait être contestée actuellement.

- En 1950, BAUMEL et PEDOUSSAUT (8) en rapportant après MINET (165) et WITTE (239) plusieurs cas de pseudo-kystes nécrotiques, font jouer, dans leur pathogénie, un rôle essentiel à l'hyperpancréatisme externe avec hypersécrètion concomitante des crises de pancréatite aiguë. Cette notion est toujours actuelle et s'étend, comme nous le verrons, à la pancréatite scléreuse lorsqu'elle est la victime d'une poussée aiguë ou subaiguë.

- En 1953, DOUBILET explique les kystes pancréatiques par des phénomènes nécrotiques secondaires à l'hyperpression dans le système canaliculaire, elle-même la conséquence d'un reflux biliaire par l'intermédiaire d'un canal commun bilio-pancréatite associé à une hypertonie sphinctérienne. Bien que cette interprétation soit maintenant battue en brèche, cet auteur a le mérite d'objectiver pour la première fois la communication d'un faux kyste avec les voies excrétrices pancréatiques.

- En 1953, CATELL et WARREN à propos de 46 cas de kystes pancréatiques retrouvent des antécédents de pancréatites aiguës dans 75 % des cas. Ils proposent une classification opposant les kystes traumatiques, néoplasiques, parasitaires et inflammatoires où la rétention peut jouer un rôle.

- En 1954, MERCADIER et HEPP (151) publient trois cas de dilatations kystiques du wirsung en amont de deux rétrécissements ampullaires et d'un rétrécissement isthmique.

- En 1956, BRADLEY (19) écrit que le terme de kyste rétentionnel

désigne les dilatations kystiques se développant après une occlusion partielle ou complète des canaux et que si ses bords se nécrosent, il devient impossible de les différencier d'un pseudo-kyste. On admet effectivement six ans plus tard que nécrose et rétention sont des phénomènes souvent associés.

Toujours en 1956, MERCADIER et HEPP (152 - 156) insistent déjà sur l'importance de la kystographie et de la pancréatographie per opératoire, afin de pouvoir classer les différentes formations kystiques en fonction de leur aspect anatomique et de leurs connexions avec le système excréteur du pancréas. Ils distinguent alors :

- d'une part, les vrais kystes parmi lesquels sont cités les kystes canaliculaires par rétention en amont d'un obstacle, parfois fait d'ectasies du canal principal et les kystes sans connexion avec le wirsung qui sont exceptionnels,
- d'autre part, les pseudo-kystes nécrotiques, tantôt intra-parenchymateux, tantôt géants où le pancréas est rompu.

- En 1957, SOUPAULT, reprenant le problème de l'hydropancréatose et tout en refusant pour le moment l'appellation de pseudo-kystes aux kystes nécrotiques intra-parenchymateux individualisés par MERCADIER, admet que certains kystes rétentionnels, parfois appelés pseudo-kystes canaliculaires, peuvent être associés à l'architecture de l'hydropancréatose "où toutes les cavités explorées sont en communication large ou mieux en continuité avec l'ensemble des cavités canaliculo-glandulaires qui participent au processus".

Toujours en 1957, LEGER individualise les faux kystes nécrotiques, le plus souvent communiquants, et ceux survenant au cours de la lithiase du wirsung où la communication serait intermittente (intérêt du drainage mixte du kyste et du wirsung). Enfin, la dilatation canalaire pseudo-kystique au cours de la lithiase où le traitement dépend de l'existence ou non d'une communication avec le duodénum.

II - A PARTIR DE 1958

- En 1958, MICHOULIER et MALLET GUY (139 - 161), à la suite de travaux expérimentaux sur 37 chiens proposent de définir le pseudo-kyste "comme la lésion secondaire, la séquelle à l'issue permanente en péritoine cloisonné des sécrétions pancréatiques à travers une brèche pathologique des canaux excréteurs de la glande, réalisant ainsi à ciel fermé l'équivalent des fistules pancréatiques". Cette conception pathogénique est fort

intéressante, mais apparaît comme trop restrictive lorsque l'on étudie également les kystes intra-parenchymateux.

Surtout le CONGRES DE CHIRURGIE de 1958 fait le point de la question. Ces conclusions seront brièvement rappelées ici :

- M. MERCADIER propose une classification en soulignant qu'à des causes multiples convient un dénominateur commun : la NECROSE qui est toujours mineure car une lésion nécrotique majeure est incompatible avec la survie du malade. L'auteur parle alors de pseudo-kystes par rétention en n'étudiant que ceux qui constituent une poche de volume notable, à l'exception des simples distensions canalaires bien qu'elles relèvent de la même étiologie et de la même pathogénie. Nous soulignerons d'emblée que cette dernière constatation justifie d'inclure dans les collections enkystées d'origine pancréatique, les kystes canalaires voisins de l'hydropancréatose.

Ces formations peuvent être soit Intra-Parenchymateuses, soit Extra-Pancréatiques. Toutes peuvent communiquer ou non avec le wirsung.

1°- Les Formations Intra-Parenchymateuses peuvent être uniques ou multiples, la glande prend alors un aspect polykystique. Certaines communiquent avec la voie principale qui est dilatée en amont d'un obstacle extra canaliculaire ou canaliculaire en aval : ce sont soit des collections axées sur le canal, unique ou multiple, soit des collections en dérivation reliées à lui par un trajet distendu. Selon que le phénomène rétentionnel est isolé ou associé à un processus nécrotique de destruction, le contenu sera tantôt clair (simple distension canaliculaire), tantôt gris ou nécrotique. De même, la paroi sera constituée tantôt par de l'épithélium altéré, tantôt par du parenchyme altéré et de la sclérose. Enfin, les deux types de formations axées ou en dérivation peuvent coexister, réalisant un aspect morphologique complexe qui relève du même mécanisme de rétention et de nécrose péricanaliculaire. D'autres collections ne communiquent pas ou ne communiquent plus : le contenu est tantôt clair, tantôt nécrotique avec parfois un canal dilaté. Ces collections peuvent réaliser une véritable "bigarrure d'éléments nécrotiques", tandis que leur paroi est formée par le tissu altéré, parfois ponctué de calcifications. Ce sont les pseudo-kystes inflammatoires décrits par les anglo-saxons.

2°- Les Formations Extra-Pancréatiques peuvent, elles aussi, relever de la rétention lorsque le suc fait issue hors du pancréas après avoir franchi

la capsule pancréatique. Le pancréas est frappé partiellement par la nécrose et le suc s'accumule dans la poche ne pouvant s'écouler par les voies naturelles, lorsque coexiste un rétrécissement ou un obstacle quelconque en aval. Parfois, ces collections sont sans connexion avec le wirsung et seraient de volume plus petit.

3°- Sur le Plan Pathogénique, le mécanisme de la formation de la collection est dominé par le type de l'obstruction :

- L'explication est assez facile pour les collections communiquantes qui, lorsqu'elles sont situées en amont d'un obstacle, suggèrent l'idée d'une association d'un processus nécrotique à la rétention. La nécrose provient ici de la rupture par distension canaliculaire ou des acini. Une dislocation focale des parois canaliculaires se produit à la suite de la brusque mise en tension du suc déjà accumulé dans la glande. Plutôt que le reflux dû à un canal commun, il faut incriminer, à l'origine de l'effraction nécrotique, non seulement le spasme sphinctérien associé au spasme duodénal (JONES), mais aussi l'hypersécrètion dont la glande est le siège à la suite d'excitations diverses (ingestion de lipides ou d'alcool) entraînant une distension importante du système excréteur. L'écoulement bloqué en aval, le suc filtre par perméation dans le parenchyme et provoque la rupture des acini et des canalicules. Il détermine alors sous l'influence de la trypsine la nécrose du parenchyme, tandis que la lipase confère une note particulière au processus destructif : la cyto-stéatonécrose.

- Par contre, l'explication est plus difficile à donner pour les formations exclues, qu'elles soient intra-parenchymateuses ou géantes extra-pancréatiques. On en est réduit alors à des hypothèses pathogéniques faisant intervenir soit des phénomènes vaso moteurs avec notion "d'une épine irritative", soit une obstruction secondaire de la communication.

4°- Enfin, il existe des collections exclusivement post nécrotiques, qu'il s'agisse de celles secondaires à un traumatisme ou celles qui compliquent l'évolution d'une pancréatite aiguë guérie médicalement. Elles peuvent être elles aussi soit intra, soit extra-parenchymateuses et communiquer ou non avec les voies pancréatiques.

- Depuis 1958 et jusqu'en 1967, d'autres publications sont venues souligner l'intérêt que les chirurgiens portent à ces collections.

- LEGER en 1958 (126) propose deux modalités de classifications. L'une anatomique distinguant d'une part les kystes traumatiques et post nécrotiques séquelles d'une pancréatite aiguë, et d'autre part les kystes canalaires et les dilatations canalaires. L'autre radio-clinique, séparant les lésions exubérantes du pancréas parmi lesquelles il englobe les kystes vrais, les pseudo-kystes nécrotiques ou post traumatiques et les formations kystiques intra-pancréatiques tantôt communiquantes (dilatation kystique du wirsung ou dilatation kystique des canaux inter-lobulaires), tantôt non communiquantes (le plus souvent d'origine canalaire et dont la communication avec le wirsung s'est secondairement oblitérée ou pseudo-nécrotique à rapprocher des grands kystes nécrotiques). Il faut admettre que cette classification nous paraît très proche de la réalité, mais semble établir une frontière non justifiée entre la distension kystique et la nécrose parenchymateuse.

- HOWARD et JORDAN en 1961 (96 bis) proposent une nouvelle classification des lésions kystiques pancréatiques. Restant fidèles à la définition archaïque qui fait état de l'absence de paroi épithéliale, ils classent les kystes inflammatoires par rétention parmi les vrais kystes en réservant le terme de "pseudo-kyste" aux pseudo-kystes post-inflammatoires de la pancréatite aiguë ou de la Chronic Relapsing Pancreatitis, aux pseudo-kystes traumatiques et à ceux qui sont néoplasiques ou parasitaires.

- En 1962 MARTIN, dans sa thèse, inspiré par SARLES, rapporte 39 cas de kystes du pancréas et propose une définition qui inclut les tumeurs kystiques vraies. Il tente de démembrer les kystes pancréatiques en distinguant ceux en rapport avec une pancréatite aiguë et ceux en rapport avec une pancréatite chronique en les opposant point par point. L'analyse de nos observations ne nous permet pas d'être aussi formels.

III - CONCLUSION

Au terme de ce survol historique, nous pouvons conclure de la façon suivante :

1°- Il existe une très grande difficulté à vouloir classer sous la même appellation soit de pseudo-kyste géant, soit de kyste, des collections aussi dissemblables que le pseudo-kyste post nécrotique et que le kyste rétentionnel canalaire associé à une distension du canal de wirsung.

Pour cette raison, nous avons choisi l'appellation large de COLLECTIONS ENKYSTEES d'ORIGINE PANCREATIQUE, appellation qui va nous permettre d'étudier l'ensemble des collections de la statistique répondant au critère que nous avons exprimé au chapître "Introduction".

2°- Les interprétations pathogéniques, sans nier l'intérêt qu'elles présentent pour une meilleure compréhension de la pathogénie de ces collections, ne peuvent en aucun cas constituer un critère pour une classification en pseudo-kystes post nécrotiques ou post rétentionnels, puisque souvent rétention et nécrose sont associées. En effet, cela tient en réalité à deux facteurs :

- d'une part, au fait que le pancréas est le seul organe de l'économie à réagir à une agression par une auto-destruction,
- d'autre part, au fait que le système excréteur est en totalité incorporé à l'intérieur de la glande.

3°- Force est donc de s'en tenir aux faits, c'est-à-dire aux constatations cliniques et opératoires étayées par un bilan radiologique précis pour pouvoir étudier l'ensemble de ces collections :

a) Nous avons constaté que ces collections s'observent tantôt après un traumatisme, tantôt au décours d'une pancréatite aiguë, tantôt constituent une étape évolutive au cours d'une pancréatite scléreuse ou calcifiante.

b) Nous avons constaté que ces collections ont des caractères anatomo pathologiques irréfutables qui sont la conséquence des explorations radiologiques opératoires dont nous avons souligné l'intérêt au cours de notre Introduction.

c) De ces diverses confrontations vont naître les indications thérapeutiques dont nous analyserons les résultats.

---oOo---

CHAPITRE PREMIER

ETUDE DU TERRAIN ET DES CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES (1)

I - MATERIEL D'ETUDE

Sur les 90 dossiers que nous avons dépouillés, nous avons pu constater l'existence de 101 collections. En effet, le nombre supérieur de collections par rapport au nombre de dossiers dépouillés s'explique par le fait que certains malades sont porteurs de deux collections (obsv. n° 10, 24, 27, 37, 39, 82, 87) tandis que dans un cas (obsv. n° 53) nous avons noté l'existence de trois collections.

Il faut remarquer que dans six cas, les deux collections ont été notées dès la première intervention (obsv. n° 10, 27, 37, 53, 82, 87) tandis que dans deux cas seulement, elles ont été découvertes lors d'interventions successives (obsv. n° 24 et 39).

II - ETUDE DU TERRAIN

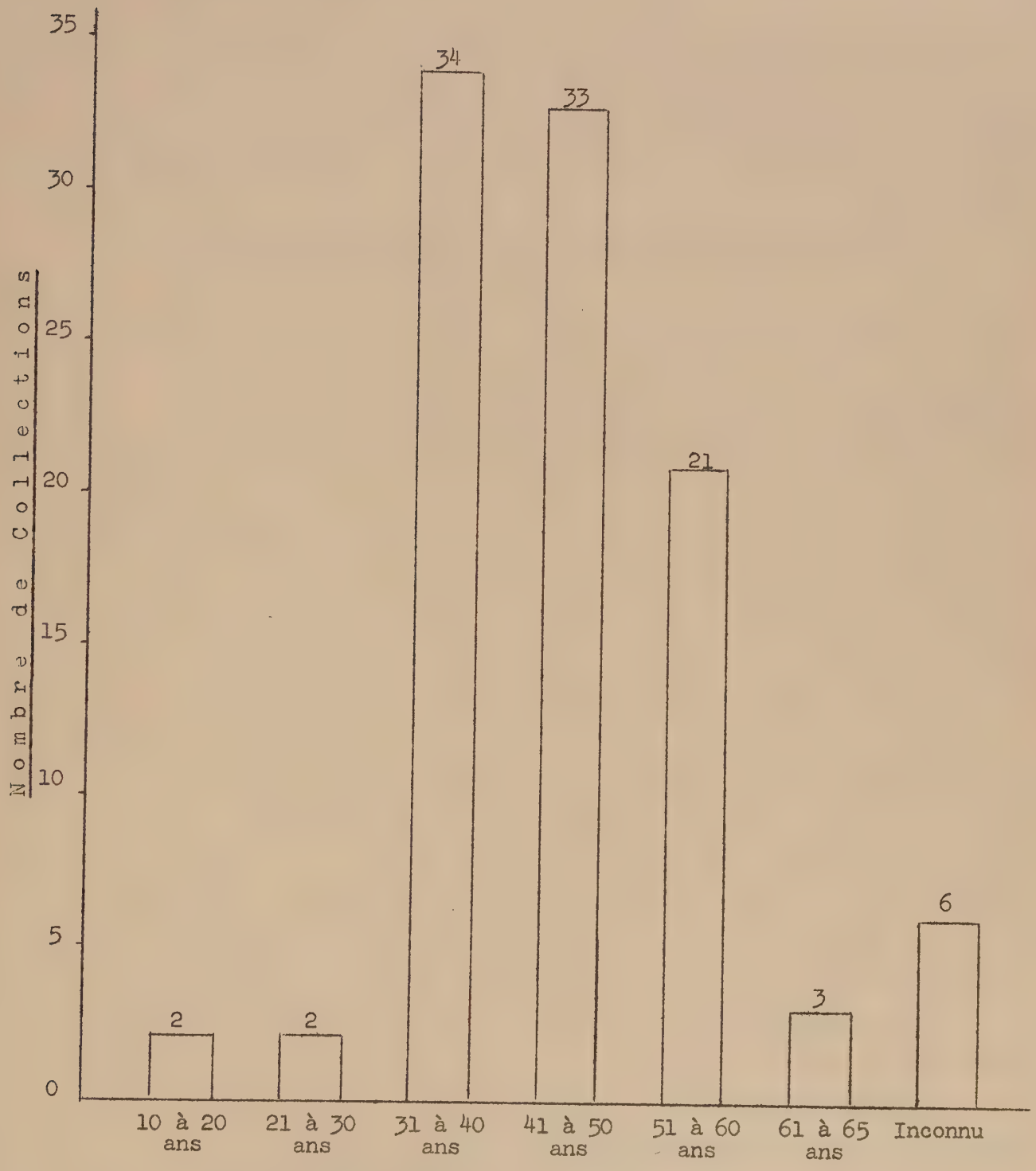
1°- Répartition selon le sexe.

Nous relevons dans la statistique ci-après, 81 hommes pour 9 femmes. Par conséquent, il existe une nette prédominance du sexe masculin.

	P.A.	P.C.	P.C.C.	T.	Non classé	Total
Sexe masculin	26	20	33	1	1	81
Sexe féminin	5	1	3	-	-	9

(1) L'abréviation P.K. (Pseudo-Kyste) sera parfois utilisée au cours de ce travail pour désigner les collections d'origine pancréatique telles que nous les avons définies au chapître Introduction.

2°- Répartition selon l'âge



Nous relevons ainsi :

- 2 cas de malades dont l'âge est inférieur à 20 ans (2,22 %)
- 2 cas entre 21 et 30 ans (2,22 %)
- 31 cas entre 31 et 40 ans (34,44 %)

- 29 cas entre 41 et 50 ans (32,22 %)
- 18 cas entre 51 et 60 ans (20,00 %)
- 3 cas entre 61 et 65 ans (3,34 %)
- 5 cas dont l'âge n'a pu être retrouvé (5,56 %).

Il existe par conséquent une nette prédominance des lésions chez les malades dont l'âge se situe entre 31 et 50 ans (66,66 %) tandis qu'on ne note que 4 cas avant 30 ans (4,44 %) et 21 cas après 50 ans (23,34 %).

3°- Catégorie de la maladie pancréatique au cours de laquelle les collections ont été découvertes.

	P. A.		P. C.		P.C.C.		T.	Non classé	Total Général
	Sub-aiguë	Aiguë	avec poussée aiguë	sans poussée aiguë	avec poussée aiguë	sans poussée aiguë			
Nombre de Collections	5	26	6	15	11	25	1	1	
Total	31		21		36		1	1	90 ==

Nous avons donc observé ces collections au cours de quatre grandes circonstances :

a) Soit au décours d'une crise de Pancréatite aiguë (26 cas) ou subaiguë (5 cas) soit 34,44 %

Dans cette rubrique Pancréatite aiguë (P.A.) nous classons les 31 malades qui ont présenté un épisode douloureux récent, le plus souvent inférieur à deux mois, avec souvent hyperamylasémie concomitante et où les constatations opératoires ont permis d'affirmer soit la Pancréatite aiguë nécrotique et hémorragique, soit la Pancréatite subaiguë oedémateuse (obsv. n° 2, 10, 22, 24, 26). Dans un seul cas (obsv. n° 12), au phénomène aigu s'est associée une sclérose débutante vérifiée histologiquement.

b) Soit lors de l'évolution d'une Pancréatite chronique scléreuse (P.C.) chez 21 malades (23,33 %)

Il faut noter que dans 6 cas (obsv. n° 41, 42, 45, 47, 51 et 36) l'apparition de la collection a coïncidé avec une poussée aiguë sur le fond de Pancréatite scléreuse, tandis que sur les 15 malades restants, nous n'avons constaté aucun phénomène inflammatoire lors de l'intervention

permettant d'invoquer un processus de poussée aiguë à l'origine de la collection.

c) Soit lors de l'évolution d'une Pancréatite chronique calcifiante (P.C.C.) chez 36 malades (40 %)

Dans cette rubrique, nous classons tous les malades chez lesquels nous avons noté :

- soit des calcifications pancréatiques à l'examen radiographique pré-opératoire (32 cas),
- soit une lithiase canalaire ou des parenchymes pancréatiques lors de l'intervention (14 cas),
- soit des précipitations calcaires lors de l'examen histologique (12 cas),
- soit que ces trois possibilités s'associent entre elles de manière variable.

Il faut, là encore, insister sur le fait que dans 11 cas sur 36, l'origine de la collection peut être attribuée à une poussée aiguë sur une Pancréatite chronique calcifiante.

d) La dernière éventualité est notre seul cas de collection après traumatisme abdominal (obsv. n° 89)

e) Enfin, l'observation n° 90 n'a pu être classée dans aucune des 4 rubriques précédentes.

4°- Facteurs étiologiques possibles retrouvés (Voir Tableau n° 1 P.18)

a) L'Ethylisme vient largement en tête puisqu'il est noté dans 40 cas (8 fois au cours des P.A., 9 fois au cours des P.C., 23 fois au cours des P.C.C.). Ainsi, la fréquence du facteur éthylique au cours des pancréatites chroniques calcifiantes est-il une fois de plus vérifié, ce qui est en accord avec les autres statistiques.

b) La Lithiase Biliaire vient en deuxième position, mais nettement en retrait puisqu'elle n'est notée que chez 6 malades :

- 1 seule fois pour le sexe féminin contre 5 fois chez l'homme.

L'étude du tableau n° 1 fait apparaître que la lithiase vésiculaire est notée dans 3 cas au cours des pancréatites aiguës et dans un cas au cours d'une P.C., le calcul de l'ampoule de Vater dans un cas au cours

d'une P.A. et qu'on a retrouvé de la boue biliaire dans un cas au cours d'une P.C.C.

On voit ainsi que dans la majorité des cas où une cause biliaire peut être incriminée (4 cas sur 6), le P.K. est apparu au décours d'une crise de Pancréatite aiguë avec, dans un cas, un calcul enclavé au niveau de l'ampoule de Vater, peut-être responsable de la pancréatite aiguë (obsv. n° 6), tandis que dans tous les autres cas, il ne s'est agit peut-être que d'une simple coïncidence.

Il en est de même du seul cas de lithiase vésiculaire coexistant avec une collection au cours d'une pancréatite scléreuse (obsv. n° 36). Par contre, la présence de boue biliaire (obsv. n° 59) au cours d'une volumineuse collection céphalique sur pancréatite calcifiante, semble secondaire à la stase engendrée par la compression puisque les phénomènes ont régressé après évacuation de la collection.

Bref, à nos yeux, la découverte d'une lésion biliaire quelle qu'elle soit au cours des collections, associée à une pancréatite nous paraît comme exceptionnelle. En effet, nous l'avons constaté, dans moins de 7 % des cas et dans la majorité de ceux-ci, il nous a semblé s'agir d'une coexistence fortuite.

c) La découverte d'un canal commun bilio-pancréatique n'a été notée que dans 5 cas (obsv. n° 10, 19, 44, 63 et 86).

L'analyse du tableau n° 1 montre que ce canal commun a été noté deux fois au cours d'une P.A., une fois au cours d'une P.C. et deux fois au cours d'une P.C.C. Dans aucun de ces cas, il n'a été constaté de reflux dans les voies excrétrices du pancréas et, dans tous les cas, les passages duodénaux se faisaient normalement.

Il faut ajouter que dans un cas (obsv. n° 44) l'identification d'un canal commun a été autorisée par la confrontation des données de la cholangiographie et de la pancréatographie.

Il résulte de ces constatations que l'hypothèse de DOUBILET selon laquelle le reflux consécutif à un canal commun est à l'origine, dans tous les cas, de la Pancréatite, ne saurait être affirmée.

d) Dans un cas (obsv. n° 76), on note dans les antécédents une splénectomie pour éclatement traumatique de la rate avec survenue, deux

ans plus tard, d'une pancréatite scléreuse calcifiante associée à une collection caudale secondaire à un granulome créé au contact des fils de ligature des vaisseaux spléniques. Il s'agit ici d'un véritable exemple de pancréatite expérimentale.

e) Une lésion vasculaire peut être incriminée à l'origine de la collection chez 3 malades.

Cette lésion intéresse le plus souvent une artère pancréatico-duodénale, parfois l'artère gastroduodénale elle-même, et semble avoir été à l'origine de la collection dont le contenu était nettement sanglant.

L'analyse du tableau n° 1 permet de constater qu'il existe deux cas de telles lésions vasculaires au cours de P.C.C. :

- l'observation n° 83 : où l'on retrouve dans le fond de la poche céphalique les deux extrémités d'une artériole qu'il va falloir lier. Décès du malade au 10ème jour par ulcération de l'artère gastroduodénale.

- l'observation n° 85 : où l'on trouve du sang et des caillots dans le canal de Wirsung avec deux gros calculs. Découverte lors d'une réintervention 15 jours plus tard, d'une section de l'artère gastro-duodénale par un calcul avec présence de sang collecté dans une poche rétropancréatique communiquante. Guérison après duodéno-pancréatectomie céphalique.

Enfin, dans un dernier cas, on découvre lors de la dissection pour résection pancréatique gauche motivée par l'existence d'une pancréatite scléreuse, diffuse, à prédominance corporéo-caudale, une collection hématique derrière la tête du pancréas correspondant à une plaie vasculaire dont la nature est mal expliquée (soit authentique poussée de pancréatite aiguë ou lésion vasculaire pré-existante ?) (obsv. n° 90)

f) Des antécédents ourliens sont notés 2 fois :

- L'un (obsv. n° 15) avait présenté six mois auparavant une parotidite ourlienne, puis un purpura rhumatoïde, maladie au cours de laquelle il fit une crise de pancréatite aiguë,

- L'autre avait présenté trois ans avant que ne soit découverte une P.C.C., une orchite ourlienne.

g) Nous n'avons dans notre statistique, qu'un seul cas (obsv.n°22) où le cancer semble avoir été la cause de la collection pancréatique.

En effet, un cystadénocarcinome pancréatique est découvert un an après une collection de l'arrière cavité, traité sans succès par drainage du Wirsung.

5°- Quelles conclusions premières peut-on tirer de ces constatations ?

a) L'étude de la répartition des sexes montre une nette prédominance de la maladie chez l'homme (près de 9 sur 10).

b) L'analyse du tableau figurant page 11, permet de constater la répartition des catégories de la maladie en fonction du sexe. Il ressort que chez l'homme, il existe une nette prédominance de collections au cours des P.C.C. (33 sur 81, soit 40,74 %) tandis que chez la femme, il existe une prédominance des collections au cours des pancréatites aiguës (5 cas sur 9, soit 1 sur 2).

c) Le tableau de la page 12 permet d'étudier la répartition des catégories de la maladie en fonction de l'âge et de constater :

- la grande fréquence des collections entre 31 et 50 ans après pancréatites aiguës (21 sur 31, soit 67,74 %), ainsi qu'au cours des pancréatites scléreuses (15 sur 21 - 71,43 %). Par contre, au cours des P.C.C., on ne note que 23 cas sur 36 entre 31 et 50 ans, soit un pourcentage de 63,89.

- Après 50 ans, alors que les collections sur P.A. sont rares (6 cas sur 31, soit 19 %) et de même au cours des P.C. (4 cas sur 21 - 19 %), par contre au cours des P.C.C., on note 11 cas sur 36 soit un pourcentage de 30,55 %.

d) La fréquence des collections observées au cours des P.C.C. (40 %) est remarquable puisque nous n'en observons que 34,44 % au cours des P.A. et 23,33 % au cours des P.C.

Cependant, sur un total de 57 malades porteurs de pancréatites chroniques (P.C. + P.C.C.) nous observons 14 cas où l'apparition peut être rattachée à une poussée aiguë ou subaiguë au cours de ce qu'il est convenu d'appeler les pancréatites chroniques récidivantes ou les "Chronic Relapsing Pancreatitis" des Anglo-Saxons. Ces 17 cas ajoutés aux 31 cas de pancréatite aiguë font un total de 48 cas, soit plus de 50 % des malades où l'on peut incriminer à l'origine de la collection une poussée de pancréatite aiguë ou subaiguë sur l'ensemble de la statistique.

---oOo---

Tableau n° 1

Catégorie de la Maladie	Inconnu	Ethylisme	Lithiase Biliaire (6)			Canal Commun	Post-Opératoire	Lésions vasculaires	O.	Cancer	Traumatisme
			Vésicule Biliaire	Boue Biliaire	Calcul de Vater enclavé						
P. A.	15	8	3	-	1	2	-	-	1	1	-
P. C.	9	9	1	-	-	1	-	-	-	-	-
P. C. C.	6	23	-	1	-	2	1	2	1	-	-
Traumatisme	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Non classé	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Totaux	30	40	4	1	1	5	1	3	2	1	2

REPARTITION DES COLLECTIONS SELON LE FACTEUR ETIOLOGIQUE

EN FONCTION DE LA CATEGORIE DE LA MALADIE

CHAPITRE DEUXIEME

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Notre but est d'étudier successivement les caractères anatomo-pathologiques de ces collections et leur retentissement sur les organes de voisinage.

CARACTERES ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Les constatations opératoires nous permettent d'individualiser 42 collections extra-parenchymateuses et 59 intra-parenchymateuses. Pour chacune de ces deux variétés, nous allons préciser :

- leur topographie,
- leur rapport avec les canaux excréteurs
- leur volume,
- leur contenu,
- l'existence éventuelle d'une fusée à distance,
- l'état anatomique de la glande pancréatique qui leur a donné naissance.

I - LES COLLECTIONS INTRA-PARENCHYMATEUSES (Voir Tableau n° 2, page 25)

1°- Leur Topographie

Nous avons constaté que la grande majorité de ces collections intra-parenchymateuses ont été découvertes au cours d'une pancréatite chronique, c'est-à-dire dans 86,44 % des cas.

Elles sont les plus fréquentes (59 %) et siègent 44 fois sur 59 au niveau de la tête. Sans doute l'épaisseur du parenchyme à ce niveau permet-il plus aisément le développement d'une collection au niveau du segment corporéo-caudal de la glande. Nous ajouterons que parmi les 17 cas de siège juxta-duodénal, il en existe deux juxta-duodénaux inférieurs et un juxta-duodénal supérieur. De même, parmi les 27 cas restants se partageant le reste de la tête, il y en a 3 au bord inférieur et 5 au bord supérieur de celle-ci.

2°- Leur Rapport avec les canaux excréteurs est précisé soit par kystographie, soit par pancréatographie per-opératoire dont nous en analyserons les modalités au chapitre thérapeutique. Notons d'emblée que 8 fois sur 59, nous n'avons pas pu déterminer le caractère communiquant ou non de la collection.

Les collections intra-parenchymateuses communiquantes et non communiquantes sont partagées à peu près par moitié.

a) Les 26 collections communiquantes représentent à elles seules la quasi totalité de l'ensemble des collections communiquantes de la statistique, soit 26 sur 29. La communication se fait avec le canal de Wirsung dans tous les cas, sauf dans un cas où la collection communique avec le canal de Santorini. Elles s'observent essentiellement au cours des pancréatites chroniques à l'exception de trois cas qui correspondent à une poussée de pancréatite subaiguë comme si le caractère atténué de la poussée avait permis à la communication de ne pas s'oblitérer.

Quoi qu'il en soit, la communication est de type variable, tantôt la collection n'est qu'une dilatation du Wirsung lui-même, dilatation qui peut être aux frontières de l'hydropancréatose, tantôt elle ne communique avec lui que par un pertuis plus ou moins étroit.

b) Les 25 collections non communiquantes représentent à l'inverse la minorité par rapport à l'ensemble de celles-ci (soit 25 sur 27). Là encore, leur plus grande fréquence au cours des pancréatites chroniques est remarquable.

3°- Leur Volume est le plus souvent modéré.

Dans 2 cas, il atteignait 750 cc. (obsv n° 23) au cours d'une P.A. et au cours d'une P.C.C. (obsv. n° 68) associée à une ascite gélatineuse et à une compression du pédicule biliaire. Dans tous les autres cas, il était soit moyen, de l'ordre d'un poing d'adulte fermé, soit petit pouvant au minimum ne donner qu'une sensation de rénitence évocatrice à la palpation. (La collection est alors le plus souvent une découverte radiologique per-opératoire).

La comparaison du volume avec le caractère communiquant ou non de la collection révèle qu'on ne saurait établir de corrélation valable entre l'importance du volume et le caractère communiquant ou non de la collection.

4°- Leur Contenu est plus souvent clair que nécrotique.

Lorsqu'il est clair, il s'agit presque toujours de pancréatites chroniques et 13 fois sur 21, d'une collection communiquante. Ainsi, ces collections réalisent parfois la forme la plus pure du pseudo-kyste rétentionnel canalaire. Par contre, une fois seulement il s'agissait d'une collection survenue au écours d'une pancréatite aiguë qui représente un des 3 cas de pancréatite subaiguë avec collection communiquante (obsv. n° 10).

Lorsque le contenu est nécrotique, associé ou non à des débris sphacéliques, il n'existe qu'une minime prédominance au cours des pancréatites chroniques. Par contre, on ne note que trois fois sur dix huit une communication avec le canal de Wirsung.

Au total, il apparaît que la majorité des collections pseudo-kystiques à contenu clair communiquent avec le Wirsung, tandis que les collections dont le contenu est nécrotique sont le plus souvent exclues.

5°- Aucune fusée à distance n'a été notée au cours de ces collections intra-parenchymateuses.

6°- Le Pancréas est le plus souvent altéré au voisinage de ces collections intra-parenchymateuses puisqu'il s'agit principalement de pancréatites chroniques.

On note 20 fois au cours des pancréatites chroniques un état d'hydropancréatose correspondant toujours à des collections à contenu clair et communiquant le plus souvent avec le canal de Wirsung. Ainsi, ce degré d'hydropancréatose, de siège généralement corporéo-caudal, s'associe à un canal de Wirsung dilaté et à une collection canalaire rétentionnelle.

Compte tenu du fait que l'état de la glande au voisinage interfère dans le pronostic lointain, nous avons pu constater que 12 fois le reste de la glande au voisinage de la collection était sain, soit dans 20,33 % des cas.

Enfin, nous avons découvert une fois sur deux un obstacle sur le canal de Wirsung à type de sténose, tantôt de siège juxta-duodénal, tantôt de siège isthmique, avec le plus souvent dilatation du canal en amont et associé une fois à un aspect caractéristique de pancréatite chronique. Cependant, il est rare de pouvoir incriminer avec certitude la sténose comme facteur déclenchant d'une poussée aiguë rétentionnelle à l'origine

de la collection et ceci n'a été vérifié que 8 fois sur 22 obstacles du canal de Wirsung constatés en per-opératoire.

II - LES COLLECTIONS EXTRA-PARENCHYMATEUSES (Voir Tableau n° 3, page 26)

Nous avons observé que ces collections surviennent plus d'une fois sur deux au décours d'une crise de pancréatite aiguë.

1°- Leur Topographie

Moins fréquentes que les précédentes, elles siègent rarement au niveau de la tête (8 fois) et plus souvent (36 fois) au niveau du corps et de la queue de façon séparée ou de manière associée.

Le fait essentiel est que ces collections siègent dans la quasi totalité des cas en avant de la glande et se développent au niveau de l'arrière cavité. 5 fois seulement, elles siègent en arrière et toujours au cours des pancréatites chroniques :

- 1 fois en arrière du corps où la collection s'est développée à la suite d'un traumatisme et refoule en avant le bloc duodéno-pancréatique (obsv. n° 89)
- 4 fois en arrière de la tête dont une collection rétro-pancréatique hématique en rapport avec l'ulcération d'une artère au contact d'un calcul (obsv. n° 85)

2°- Leur Rapport avec les canaux excréteurs

On note une écrasante majorité de collections non communiquantes.

a) Les 32 collections non communiquantes représentent donc la quasi totalité des collections extra-parenchymateuses de la statistique. Leur fréquence au cours des pancréatites doit être soulignée tandis qu'une fois, la collection est secondaire à un traumatisme abdominal.

b) Les 3 collections communiquantes sont observées deux fois au décours d'une crise de pancréatite aiguë et une fois au cours d'une pancréatite chronique calcifiante.

3°- Leur Volume est souvent important, de l'ordre de un à deux litres, voire dépassant deux litres 8 fois, et toujours après pancréatite aiguë.

Il nous a semblé utile de comparer là encore, le volume avec le caractère communiquant ou non de la collection. Cette étude ne révèle

aucun critère de comparaison valable si ce n'est que les collections volumineuses sont plus fréquentes lorsqu'il n'existe pas de communication avec le canal de Wirsung (11 fois sur 13).

4°- Leur Contenu est presque toujours nécrotique ou hémorragique, mêlé ou non de pus et de débris sphacéliques. De plus, il s'agit dans presque tous les cas de pancréatite aiguë et de collections non communiquantes.

Cinq fois seulement, le contenu est clair et il s'agit ici de collections dont la communication s'est oblitérée secondairement et survenant une fois au décours d'un traumatisme et deux fois au décours d'une crise de pancréatite aiguë et deux fois au cours d'une pancréatite chronique calcifiante.

Au total, il apparaît qu'on ne peut pas tirer de conclusions formelles quant à la comparaison des contenus avec le caractère communiquant ou non, compte tenu du petit nombre de collections communiquantes entrant dans la statistique des collections extra-parenchymateuses.

5°- L'existence d'une fusée à distance a été observée 13 fois dont 11 fois au décours de crises de pancréatite aiguë :

- 6 fusées coeliaques pures survenant presque dans tous les cas après pancréatite aiguë et une fois après traumatisme. Dans un cas, la fusée coeliaque s'associait à une fusée sous-péritonéale dans la région rénale et le rachis (obsv. n° 1, 3, 22, 28, 54 et 89),
- 1 fusée coeliaque et médiastinale après pancréatite aiguë (obsv. n° 8),
- 1 fusée coeliaque et vers la cavité abdominale au cours d'une pancréatite aiguë où une masse géante extra-pancréatique corporéo-caudale remonte sous la coupole gauche et descend jusqu'à la partie moyenne de la cavité abdominale (obsv. n° 11),
- 2 communications avec la plèvre gauche :
    - 1 fusée triple, coeliaque, médiastinale et pleurale après pancréatite aiguë. C'est le seul cas où une collection est révélée par un épanchement pleural bilatéral important surtout à gauche (obsv. n° 19)

- 1 fusée pleurale et médiastinale après pancréatite aiguë où il s'agit d'une collection suppurée de l'arrière cavité exclue (obsv. n° 14)

- 3 fusées dans la cavité abdominale : 2 fois au décours d'une pancréatite aiguë (obsv. n° 29) où existe une véritable rupture intra-péritonéale de la collection qui a entraîné deux foyers de péritonite cloisonnée sus et sous-mésocolique, et une fois (obsv. n° 9) où la collection purulente s'est rompue dans la grande cavité, toujours au cours d'une pancréatite aiguë.

Bref, on voit que les fusées s'observent presque toujours au décours d'une violente poussée de pancréatite aiguë et correspondent le plus souvent à des collections en rapport avec la nécrose et l'hémorragie ou l'infection qui accompagnent la poussée.

6°- Le Pancréas au voisinage de la collection est le plus souvent altéré

Ici encore, nous n'avons retrouvé que 8 cas où l'accès de pancréatite aiguë était strictement localisé au segment de la glande où siégeait la collection tandis qu'au cours des pancréatites chroniques, il était toujours altéré dans son ensemble, soit dur, soit nécrotique dans un cas qui correspond à un accès de pancréatite aiguë sur pancréatite scléreuse.

Les obstacles siégeant sur le canal de Wirsung ont été notés une fois sur trois, soit plus rarement qu'au cours des collections intra-parenchymateuses :

- Les sténoses sont, là encore, tantôt isthmiques, tantôt juxta-duodénales, mais toutes les collections associées à une sténose en aval du Wirsung étaient géantes et exclues et sont survenues au décours d'une crise de pancréatite aiguë.

- Quant à la constatation d'une lithiase canalaire, elle demeure rare (4 cas) et une fois elle siégeait à la jonction du canal de Santorini et du Wirsung alors que dans une autre observation, elle était à l'origine d'hémorragies digestives.

TABLEAU N° 2

CATÉGORIE de la MALADIE	NOMBRE de PK	SIÈGE (59)				CARACTÈRE COMMUNIQUANT (59)			VOLUMES (59)				CONTENUS (45)					FUSÉES A DISTANCE				ÉTAT ANATOMIQUE DE LA GLANDE PANCRÉATIQUE (58)					OBSTACLES SUR LE CANAL DE WIRSUNG (22)		Sténose ou Lithiase en aval d'un P K
		Tête	Corps	Queue	Corps + Queue	Communiquant	Non communiquant	Non précisé	Gros	Moyen	Petit	Non précisé	Clair	Gris	Nécrotique	Purulent	Débris sphacéliques	Cœliaques	Médiastinales	Pleurales	Abdominales	N + H	O	Sain	Hydropancréatose	Dur	Sténose	Lithiase	
	59	44	6	7	2	26	25	8	2	33	23	1	21	1	19	2	2					4	2	12	20	20	12	10	8
P. A.	8	6	-	2	1	3	5	-	1	4	3	-	1	-	5	-	-	-	-	-	-	4	2	1	-	-	-	-	-
P. C.	18	13	3	1	1	4	8	6	-	9	9	-	5	1	6	-	-	-	-	-	-	-	-	7	11	-	3	-	3
P. C. C.	33	25	3	4	-	19	12	2	1	20	11	1	15	-	8	2	2	-	-	-	-	-	-	4	9	20	9	10	5

Etude des 59 Collections Intra-Parenchymateuses

ATÉGORIE de la MALADIE	NOMBRE de PK	SIÈGE 42				CARACTÈRE COMMUNIQUANT 42			VOLUMES 42				CONTENUS 50					FUSÉES A DISTANCE 18				ÉTAT ANATOMIQUE DE LA GLANDE PANCRÉATIQUE 40					OBSTACLES SUR LE CANAL DE WIRSUNG 11		Sténose ou Lithiase en aval d'un P K
		Tête	Corps	Queue	Corps + Queue	Communiquant	Non communiquant	Non précisé	Gros	Moyen	Petit	Non précisé	Clair	Gris	Nécrotique	Purulent	Débris sphacéliques	Cœliaques	Médiastinales	Pleurales	Abdominales	N + H	O	Sain	Hydropancréatose	Dur	Sténose	Lithiase	
	42	7	19	6	10	3	32	7	15	19	4	4	6	1	24	9	10	9	3	2	4	14	5	8		13	7	4	5
P. A.	26	2	13	2	9	2	20	4	13	12	-	1	2	1	19	8	9	7	3	2	4	13	4	8	-	-	5	-	5
P. C.	5	1	3	1	-	-	4	1	1	3	-	2	1	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	4	1	-	-
P. C. C.	8	2	2	3	1	1	7	-	-	3	4	1	2	-	4	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	8	1	4	-
T.	1	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
D.	2	2	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-

Etude des 42 Collections Extra-Parenchymateuses

ETUDE DU RETENTISSEMENT DES COLLECTIONS SUR LES ORGANES DE VOISINAGE

(Voir Tableau n° 4, page 31)

I - LEUR RETENTISSEMENT SUR L'APPAREIL DIGESTIF

1°- L'estomac est le plus souvent refoulé au cours des collections extra-parenchymateuses.

Cette compression intéresse soit la grande courbure ou la petite courbure, soit le plus souvent, la face postérieure de l'estomac qui est déjeté vers l'avant et plus rarement l'antre gastrique.

Le plus souvent, il s'agit de collections extra-parenchymateuses de volume important refoulant parfois le mésocôlon et le côlon transverse vers le bas, et une fois il s'agissait d'un bloc inflammatoire de tous les éléments de l'étage sus mésocolique au cours d'un pseudo-kyste purulent rétrogastrique.

Plus rarement, cette compression s'observe au cours de collections intra-parenchymateuses et essentiellement au cours des pancréatites chroniques :

- 2 fois au cours d'une collection intra-parenchymateuse, l'une du corps, l'autre corporéo-caudale refoulant la petite courbure de l'estomac. Il s'agit alors de volumineuses collections corporéo-caudales comprimant l'antre gastrique ou la grande courbure ayant entraîné une fois une ouverture spontanée dans l'estomac.

2°- A l'inverse, le duodénum est particulièrement comprimé au cours des collections intra-parenchymateuses survenant au cours des pancréatites chroniques.

Cette compression se traduit tantôt par un élargissement du cadre duodénal, tantôt par un aspect laminé du premier duodénum ou du deuxième duodénum. Nous voulons insister sur 4 observations particulièrement intéressantes :

- L'observation n° 33 où, à une pancréatite scléro-atrophique de la tête, s'associe une collection intra-parenchymateuse de même siège ayant entraîné une ulcération du deuxième duodénum de la taille d'une pièce de 1 Fr. Ce malade a été traité avec succès par duodéno-pancréatectomie céphalique.
- Les observations n° 46 et 74 où un tableau de sténose du pylore fit poser l'indication opératoire.

- Enfin, au cours du pseudo-kyste post-traumatique où l'ensemble du bloc duodéno-pancréatique est refoulé en avant (obsv. n° 89).

3°- Le côlon et le mésocôlon sont parfois intéressés par la compression et plus souvent au cours des collections extra-parenchymateuses au décours des pancréatites aiguës.

Dans un cas, cette compression s'accompagne d'une ouverture spontanée de la collection dans la première anse jéjunale obligeant, après abord sous-mésocolique de cette collection très volumineuse (3 litres) à pratiquer une résection segmentaire du grêle suivie de kysto-jéjunostomie en Y (obsv. n° 18)

4°- En effet, ces compressions digestives peuvent entraîner l'ouverture spontanée de la collection dans un organe creux.

Nous l'avons constaté 5 fois :

- Observation n° 30 : ouverture dans la première anse jéjunale.
- Observations n° 45 et 61 : ouverture dans l'estomac.
- Observations n° 33 et 48 : ouverture dans le deuxième duodénum.

II - LEUR RETENTISSEMENT SUR LES VOIES BILIAIRES

1°- La fréquence avec laquelle nous avons retrouvé une vésicule distendue, hypotonique contrastant souvent avec une difficulté au remplissage vésiculaire est intéressante.

Il a été constaté que cette anomalie survient essentiellement au cours des collections intra-parenchymateuses sur pancréatites chroniques.

- Dans certains cas, la découverte d'une vésicule distendue s'associe à une dyskinésie de la jonction entre le col vésiculaire et le canal cystique se traduisant par un retard à l'évacuation du produit de contraste et la nécessité d'élever les pressions jusqu'à 30 ou 35 pour obtenir un passage dans les voies biliaires. Parfois ce passage ne se fait pas et on peut dire alors qu'il existe un véritable blocage cystique.
- D'autres fois, la distension vésiculaire s'associe à une dilatation de la voie biliaire principale sans que l'on retrouve un obstacle quelconque en aval.
- En vérité, nous avons constaté qu'une fois sur trois, la distension vésiculaire ne s'accompagne d'aucune gêne à l'écoulement biliaire en aval,

ni par oddite, ni par sclérose ou refoulement dans le pseudo-kyste. Il s'agit donc d'un phénomène assez particulier qu'il convenait de noter.

2°- Plus rarement, nous avons objectivé un refoulement de la voie biliaire principale par la collection.

Il s'agit toujours de pancréatites chroniques et tous les cas, sauf un, ont été traités par kysto-duodénostomie avec succès. Le seul cas traité par double dérivation était une sévère pancréatite scléreuse avec image de blocage net de la diodone à la cholangiographie, puis passages duodénaux difficiles sous très forte pression. Il est vraisemblable que les deux phénomènes, sclérose et compression par la collection s'associaient dans cette observation.

3°- Quant au rétrécissement rétro-pancréatique du cholédoque, il fut presque toujours noté au cours des pancréatites chroniques, associé à des pseudo-kystes intra-parenchymateux.

Le seul cas observé au cours d'un pseudo-kyste extra-parenchymateux au décours d'une pancréatite aiguë, le fut dans un contexte de pancréatite subaiguë à rechute qui s'associait à une oddite.

On devine que lorsqu'un rétrécissement de la voie biliaire principale rétro-pancréatique est observé, il est la conséquence dans tous les cas, de l'évolution de la sclérose pancréatique et non de la compression par la collection.

Il convient donc dans ces cas de réaliser une dérivation biliaire préventive, faute de laquelle on peut être amené à réintervenir pour la réaliser secondairement, ce que nous avons dû faire à 2 reprises (obsv. n° 32 et 87).

4°- La constatation d'une oddite dans 5 cas et d'un canal commun 5 fois est rare. Ce canal commun fut deux fois une découverte radiologique sans aucune anomalie biliaire et ne s'est jamais accompagné de reflux.

III - LEUR RETENTISSEMENT VEINEUX

Le retentissement des affections pancréatiques sur l'axe veineux splénoportal est bien connu. Cette interférence veino-pancréatique a été souvent décrite au cours des affections pseudo-kystiques du pancréas et peut-être à l'origine d'une hypertension portale segmentaire.

Pour notre part, nous l'avons constaté 20 fois sur 90 malades, soit 22,22 %.

Il est intéressant de préciser le siège de la collection lorsqu'une hypertension portale segmentaire est observée. La collection siégeait presque toujours au niveau du corps ou de la queue et comprimait fortement l'axe splénique ou le confluent spléno-mésentérique inférieur (un cas de collection siégeant en arrière de la glande).

Plus rarement, la collection siégeait au niveau de la tête, tantôt à l'intérieur d'elle-même, tantôt en arrière.

IV - CONCLUSIONS

Ainsi, il apparaît que si le retentissement de la collection sur l'appareil digestif est fréquemment observé, par contre, le retentissement sur l'appareil biliaire est beaucoup plus rare et si l'on excepte la découverte d'une vésicule distendue, il est le fait le plus fréquemment de la sclérose pancréatique que de la compression exercée par la collection.

Enfin, le retentissement veineux demeure assez fréquent, pouvant mettre en jeu la vie du malade par les hémorragies qu'il provoque.

---oOo---

TYPE du P. K.	Catégorie de la Maladie	COMPRESSION DIGESTIVE 44				FISTULE DANS UN ORGANE DE VOISINAGE 5			RETENTISSEMENT SUR LES VOIES BILIAIRES 65							RETENTISSEMENT VEINEUX 21		
		Estomac refoulé	Compression Duodénale 12		Colon et Mésocolon	Estomac	Duodénum	Grêle	Vésicule distendue	Dyskinésie	Blocage cystique	Voie biliaire principale 21		ODDITE	C. C.	Grosse rate	C. C. accentuée	Grosse rate + C. C. accentuée
			Avec ulcération	Sans ulcération								Refoulée	Retrécie					
		22	1	11	10	2	2	1	36	24	5	6	15	5	5	3	15	3
P. K. Intra-Parenchymateux	P. A.	-	-	1	-	-	-	1	1	2	-	-	-	-	1	-	3	-
	P. C.	2	1	4	1	-	1	-	7	5	-	-	3	1	-	-	-	1
	P.C.C.	6	-	3	-	1	-	-	16	9	1	5	9	1	2	-	4	-
P. K. Extra-Parenchymateux	P. A.	9	-	2	8	-	-	-	7	5	1	-	1	3	1	1	5	1
	P. C.	3	-	1	1	1	-	-	2	1	1	-	1	-	1	1	1	-
	P.C.C.	-	-	-	-	-	1	-	3	2	2	-	1	-	-	1	1	-
	T.	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
	D.	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1

Etude du retentissement des collections Intra et Extra-Parenchymateuses sur les organes de voisinage.

CHAPITRE TROISIEME

DIAGNOSTIC PRE-OPERATOIRE

Ce diagnostic apparaît plus aisé lorsqu'il s'agit de collections extra-parenchymateuses que lorsque l'on est en présence de collections intra-parenchymateuses.

Effectivement, les signes cliniques des collections extra-parenchymateuses se confondent plutôt avec ceux de la pancréatite aiguë qui leur a donné naissance, tandis que la découverte d'une collection intra-parenchymateuse se fait plus volontiers au cours d'une intervention dont l'indication a été posée avec le diagnostic préalable de pancréatite chronique.

I - L'ETAPE CLINIQUE DU DIAGNOSTIC VA D'ABORD ETRE ENVISAGEE (Tableaux n°5 & 6, p.39)

1°- Dans certains cas on est amené à examiner un malade au décours d'une crise de pancréatite aiguë.

Les caractères du syndrome douloureux sont en général assez typiques bien qu'il puisse s'agir de crises répétées à plusieurs mois d'intervalle, faisant évoquer le diagnostic de pancréatite subaiguë à rechute.

La découverte d'une masse abdominale a une valeur fondamentale mais demeure inconstante et dans un cas, cette masse a pu être qualifiée de "fantôme" et disparaissait brusquement pour réapparaître progressivement.

Les autres signes cliniques permettant de mettre sur la voie du diagnostic sont :

- l'existence de phénomènes de rétention biliaire passagers, le plus souvent sans ictère, avec association d'urine foncée et de selles décolorées,
- un état subocclusif n'est pas exceptionnel,
- le collapsus est beaucoup plus rare, sans doute parce que nous avons été amenés à examiner ces malades à distance de la crise aiguë.
- Quant à l'existence d'hémorragies digestives, elles sont notées encore plus rarement et une fois sur trois, on fit preuve d'une hypertension portale segmentaire lors de l'intervention chirurgicale.

Nous voulons insister ici sur la valeur diagnostique que comporte la découverte d'un épanchement pleural presque toujours situé à gauche et que nous avons toujours constaté associé à des collections extra-parenchymateuses. Nous voulons insister tout particulièrement sur deux observations intéressantes :

- Dans un cas où il s'agit d'un épanchement pleural bilatéral surtout important à gauche, épanchement intarissable et hémorragique, plusieurs fois ponctionné, riche en enzymes pancréatiques (26.000 unités). Cet épanchement s'associe lors de l'intervention, à une communication entre la collection et la plèvre, conséquence d'une fusée coeliaque pleuro-médiastinale (obsv. n° 19).

- Dans un autre cas où il existe également une fusée pleurale mais où l'épanchement est clair, riche en amylase (1.835 unités) et au cours de la ponction pleurale on a réussi à injecter la collection montrant une image volumineuse et réalisant ainsi une véritable kystographie par voie transpleurale (obsv. n° 14)

Enfin, l'ascite a été notée une seule fois chez un malade présentant une périartérite noueuse et des nouures cutanées dont la biopsie révéla qu'il s'agissait de cyto-stéatonécrose. L'ascite était intarissable et fut plusieurs fois ponctionnée. L'altération de l'état général fit porter l'indication opératoire car il existait de violentes douleurs épigastriques associées et on découvrit à l'intervention une rupture intra-péritonéale de la collection, réalisant un cloisonnement en deux foyers sus et sous-mésocoliques. Cette association de panniculite sous-cutanée et de manifestations polyarticulaires est connue sous le nom de Syndrome de WEBER-CHRISTIAN.

2°- Dans d'autres cas, le contexte clinique est celui d'une pancréatite chronique.

Ici, les signes cliniques sont dominés par l'existence de douleurs abdominales et d'une altération de l'état général.

- Les douleurs abdominales ont des caractères variables :
  - tantôt modérées, elles n'auront pas de retentissement notable sur l'état général,
  - tantôt violentes, elles conduisent à la toxicomanie,

- habituellement, elles sont d'intensité suffisante notamment au décours de repas pour entraîner le malade à restreindre spontanément son alimentation,
- dans d'autres cas, elles sont trompeuses et simulent une affection vésiculaire ou ulcéreuse ayant pu faire poser l'indication opératoire en urgence. Ainsi, l'étude des antécédents de ces malades permet parfois de découvrir l'existence d'une intervention chirurgicale décidée avec le diagnostic de syndrome abdominal aigu ou d'ulcère perforé.

- L'amaigrissement est pratiquement constant

Il est la conséquence, soit de vomissements et il existe 2 cas de sténose pylorique, soit de la restriction alimentaire spontanée que s'impose le malade pour ne pas souffrir. Nous entendons par amaigrissement moyen, une perte de poids de l'ordre de 5 à 8 Kgs et par amaigrissement important, une perte de poids de l'ordre de 10 à 15 Kgs.

- Ainsi, le diagnostic de collection apparait-il comme très aléatoire en dehors des cas où la découverte d'une masse abdominale permet de la soupçonner. En effet, bien qu'il s'agisse de pancréatites chroniques, nous avons constaté 14 fois, soit dans 25 % des cas, une masse abdominale lorsqu'il s'agit de pseudo-kystes extra-parenchymateux suffisamment volumineux. Là encore, dans certains cas, la masse peut être qualifiée de "fantôme" et l'explication de ces phénomènes peut être attribuée 2 fois à l'existence d'une fistule entre la collection et un organe creux digestif.

- Quant aux autres signes cliniques (diarrhées associées à une stéatorrhée, phénomènes de rétention biliaire, le plus souvent de courte durée et transitoires, volontiers récidivants, dans la pathogénie desquels joue davantage la sclérose pancréatique que la compression pseudo-kystique), ils n'ont le mérite que d'attirer l'attention sur le pancréas sans préjuger du diagnostic de collection.

- Les hémorragies digestives apparaissent plus fréquentes au cours des pancréatites chroniques puisqu'elles furent notées 9 fois mais que dans 5 cas seulement, l'étiologie put être affirmée :
  - 3 fois il s'agissait d'hypertension portale segmentaire, (obsv. n° 11, 44 et 84)

- 2 fois, d'observations plus intéressantes que nous voudrions rapporter plus en détail :

- 1 fois l'hémorragie est la conséquence d'une ulcération au niveau du deuxième duodénum. Il s'agit d'un éthylique qui est entré dans la maladie par des épisodes douloureux épigastriques associés à une hématémèse ayant entraîné une première intervention où l'on a pratiqué une dérivation pancréatico-digestive. Quatre ans plus tard, on découvre une collection intra-pancréatique avec ulcération du deuxième duodénum (obsv.33).

- 1 autre fois, l'étiologie des hémorragies reste plus mystérieuse et il s'agit d'un malade porteur d'une pancréatite chronique calcifiante et présentant des méloenas associés à de violentes crises douloureuses abdominales. Lors d'une première intervention, on découvre une distension canalaire en amont des calculs qui sont extraits après incision du Wirsung. A ce moment, survient une hémorragie de sang rouge : hémostase par tamponnement. Double anastomose de dérivation bilio-pancréatique. A la suite de cette intervention, les hémorragies persistent et obligent à une réintervention où l'on pratique une duodéno-pancréatectomie céphalique. En effet, on a pu constater que les hémorragies provenaient de l'artère gastro-duodénale érodée par un calcul et que le sang se collectait dans une poche kystique communiquant elle-même avec le Wirsung. Suites favorables (obsv. n° 85).

3°- Qu'il s'agisse de pancréatites aiguës ou de pancréatites chroniques, un certain nombre de malades ont été opérés auparavant pour une collection pseudo-kystique. Ceci fut noté 4 fois :

- 1 fois une mise à plat (obsv. n° 40)
- 2 marsupialisations (obsv. n° 89 et 90)
- 1 Kysto-jéjunostomie (obsv. n° 19)

Deux fistules post-opératoires furent la rançon de ces interventions, fistules traitées une fois par fistulo-gastrostomie (obsv. n° 90) et une autre fistule s'est tarie spontanément au bout de deux mois (obsv.n° 40).

Enfin, dans un cas, l'intervention pratiquée quelques mois auparavant fit porter le diagnostic de cancer de l'estomac inextirpable (obsv. n° 4).

II - LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Nous serons brefs sur les diverses investigations para-cliniques qu'elles soient biologiques ou radiologiques.

1°- Les examens de laboratoire sont dominés par le dosage de l'amylasémie et de l'amylasurie lors des crises douloureuses, qui montre une augmentation significative des chiffres une fois sur quatre, et par l'étude de la glycémie ou de la courbe d'hyperglycémie provoquée qui put déceler 8 fois un diabète et 9 fois un état para-diabétique.

Sur le plan exocrine, une insuffisance pancréatique externe fut constatée 8 fois et fut prouvée par l'étude de la digestion des graisses fécales, le dosage des graisses fécales, les épreuves à la trioléïne et à l'acide oléïque marqué, ou le plus souvent, par un dosage des bicarbonates après stimulation par la sécrétine et des enzymes après stimulation par la pancréozymine.

Il est banal de constater que cette insuffisance pancréatique fut notée surtout au cours des pancréatites chroniques et lorsqu'il existe un obstacle à l'écoulement du suc pancréatique.

2°- Les Examens Radiologiques comprennent habituellement :

A - Les examens radiologiques sans préparation

- du thorax, à la recherche d'un épanchement pleural,
- de l'abdomen, à la recherche de calcifications qui furent découvertes 32 fois. Il s'agissait ainsi :
  - 17 fois de calcifications diffuses,
  - 16 fois de calcifications localisées à la tête,
  - 3 fois de calcifications à la queue,
  - 5 images de lithiase du canal de Wirsung.

B - Les examens contrastés

a) - Les voies biliaires sont opacifiées à la recherche d'une lithiase, d'un refoulement ou d'une dilatation de celles-ci lorsqu'il a été noté dans les antécédents un épisode de rétention biliaire associé ou non à un ictère ou lorsque l'on a découvert cliniquement une masse épigastrique.

b) - Le transit baryté gastro-duodénal a objectivé assez fréquemment un refoulement de l'antre gastrique lorsque la collection siège

au niveau de l'arrière cavité et un élargissement du cadre duodénal avec, dans un cas, un abaissement de l'angle de Treitz.

c) - Lorsqu'il existe des hémorragies digestives, des investigations complémentaires sont habituellement pratiquées :

- La splénoportographie fut faite 3 fois
  - Observation n° 84 révélant une thrombose de la veine splénique,
  - Observation n° 1 où une tentative de la splénoportographie aboutit à une injection directe dans la collection.
  - Observation n° 90 où la réapparition inexpliquée d'hémorragies digestives fit pratiquer cet examen et a entraîné une nouvelle intervention pour rupture de rate.
- Une artériographie fut pratiquée 4 fois (obsv. n° 1, 35, 74 et 90). Il s'est agit :
  - 1 fois d'une aortographie faite à la suite de la découverte d'une surélévation de la coupole gauche. Elle montra un vide vasculaire avec un refoulement de l'artère splénique et des vaisseaux mésentériques. Il s'agissait effectivement, à l'intervention, d'un volumineux pseudo-kyste de l'arrière cavité intéressant la loge splénique avec fusée coeliaque (obsv. n° 1)
  - 3 fois d'une artériographie sélective :
    - Observation n° 35 où la découverte d'une masse épigastrique fit pratiquer une artériographie sélective du tronc coeliaque révélant un encorbellement de l'hépatique commune et de la gastro-duodénale entourant la partie supéro externe de la collection.
    - Observation n° 74 où un tableau de sténose pylorique avec suspicion de pancréas annulaire fit pratiquer une artériographie sélective double à la fois mésentérique supérieure et coeliaque qui montra un aspect d'encorbellement de l'artère hépatique commune et de la gastro-duodénale avec, au temps veineux, une veine coronaire stomachique volumineuse.
    - Observation n° 90 où une artériographie sélective est faite à la suite de la réapparition d'hémorragies digestives chez ce malade ayant subi une kysto-duodénostomie. Cet examen ne révéla aucune anomalie.

- Une laparoscopie fut faite 6 fois dont 4 fois à la suite de la découverte d'une masse abdominale et 2 fois pour douleurs abdominales inexpliquées :

  - 4 fois (obsv. n° 22, 28, 35 et 68) elle confirma le diagnostic de masse abdominale, mais dût être dans un cas complétée par une gamagraphie hépatique afin d'affirmer qu'il ne s'agissait pas d'une tumeur hépatique.

  - Dans les 2 autres cas, au cours de l'observation n° 54, une masse de l'hypocondre gauche associée à une accentuation de la circulation collatérale fut découverte et au cours de l'observation n° 74, le diagnostic de pancréas annulaire fut réfuté et la découverte d'un estomac dur et irrégulier avec une dilatation vasculaire au niveau de la petite courbure fit évoquer à tort le diagnostic de cancer gastrique.

III - CONCLUSIONS

Ainsi, la symptomathologie de ces collections est en règle générale sévère puisqu'elle joint à des phénomènes purement mécaniques, les troubles liés à l'affection dont ces collections ne sont qu'une conséquence.

On voit qu'en général, le diagnostic est beaucoup plus facile pour les pseudo-kystes extra-parenchymateux survenant au décours d'une pancréatite aiguë que pour ceux intra-parenchymateux survenant au cours d'une pancréatite chronique et qui sont plus fréquemment une découverte opératoire.

En effet, quoi qu'il en soit, on ne peut compter sur une rétrocession spontanée car, même en cas de fistulisation dans un organe creux, celle-ci ne permet pas d'assurer un drainage efficace. C'est dire qu'une intervention chirurgicale sera tôt ou tard indispensable.

C'est maintenant la conduite de cet acte opératoire que nous allons envisager et qui va permettre de proposer pour chaque collection le traitement qui lui convient le mieux.

---oOo---

Tableau n° 5

	Diagnostic clinique du P.K.	Masse Abdominale (29)			Rétention biliaire passagère (23)		Ictère Continu	Hémorragies digestives (11)		Epanchement pleural gauche
		Epigastrique	Hypocondre droit	Hypocondre gauche	Avec Ictère	Sans Ictère		Hématémèse	Méloena	
P.K. Intra-Parenchymateux (P.A.	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-
P.C.	4	-	-	-	1	2	-	2	-	-
P.C.C.	4	-	-	-	8	-	1	-	1	1
P.K. Extra-Parenchymateux (P.A.	18	5	-	8	-	4	-	2	1	8
P.C.	1	3	1	2	1	6	-	1	-	-
P.C.C.	2	3	2	3	1	-	-	2	2	-
T.	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
D.	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-

Tableau n° 6

	P.A.	P.C.	P.C.C.	T.	D.
Douleurs Abdominales	29	18	29	1	-
Vomissements :					
- avec intolérance alimentaire	2	2	5	-	1
- sans intolérance alimentaire	13	4	4	1	-
Amaigrissement					
- moyen	6	8	14	-	1
- important	6	8	10	-	1
Etat subocclusif	6	1	-	-	-
Diarrhée	2	2	8	-	-

CHAPITRE QUATRIEME

TACTIQUE CHIRURGICALE - METHODES ET INDICATIONS THERAPEUTIQUES

TACTIQUE CHIRURGICALE

La confrontation des données cliniques et des résultats des examens complémentaires permet le plus souvent un diagnostic de présomption puisque, une fois sur deux, la collection demeure une découverte opératoire.

L'exploration opératoire est double, à la fois macroscopique et radiologique et peut être éventuellement complétée par l'examen extemporané du liquide intra-kystique permettant le dosage des ferments pancréatiques.

I - L'EXPLORATION ANATOMIQUE MACROSCOPIQUE

1°- La voie d'abord

Pour que l'exploration soit complète et facile, il est indispensable de disposer d'une voie d'abord suffisante :

- La coeliotomie médiane sus-ombilicale prolongée en-dessous de l'ombilic permet l'accès facile au pancréas, aux voies biliaires, au système porte et à l'intestin. Elle est le plus souvent indiquée tout particulièrement chez le sujet maigre où la cambrure du malade facilite l'exploration.

- L'incision transversale sus-ombilicale et les incisions sous-costales ou paramédianes sont exceptionnellement utilisées.

2°- L'ouverture de la grande cavité permet de constater :(Voir Tableau n° 8, page 47).

- Tantôt un épanchement péritonéal fait le plus souvent de liquide séro-hématique, plus rarement de liquide purulent. Nous n'avons observé qu'un seul cas d'épanchement en dehors d'une pancréatite aiguë, s'agissant de la découverte de 300 cm3 d'ascite gélatineuse coexistant avec une volumineuse collection intra-parenchymateuse de la tête bloquant le bas cholédoque (Obsv. n° 68).

- Tantôt des taches de cyto-stéatonécrose sur les épiploons au voisinage de la loge péripancréatique. Là encore, il s'agit, à l'exception d'une fois, d'observations où la glande est le siège d'une poussée inflammatoire aiguë. En effet, une seule fois, des taches de bougie ont été notées au bord inférieur de la glande et sur le mésocôlon au cours d'une pancréatite chronique calcifiante associée à un pseudo-kyste communiquant de la tête. Sans doute s'agissait-il des séquelles d'une poussée ancienne de pancréatite aiguë qui évolua secondairement vers la pancréatite chronique calcifiante.

- Parfois, une circulation collatérale nettement accentuée dans le territoire mésentérique ou une splénomégalie.

- Enfin, la seule inspection des voies biliaires permet souvent de noter l'existence d'une vésicule distendue et plus rarement d'une dilatation des voies biliaires sus-pancréatiques.

3°- La découverte de la collection :

- est toujours évidente lorsqu'il s'agit de pseudo-kystes géants extra-parenchymateux ou de pseudo-kystes intra-parenchymateux, volumineux, déformant la glande et comprimant soit l'estomac ou plus fréquemment le cadre duodénal.

- est plus difficile au cours des pancréatites chroniques où une exposition complète du pancréas est nécessaire pour permettre la découverte soit d'une collection intra-parenchymateuse déformant la glande, soit d'un pancréas augmenté de volume dans un de ses segments et au sein duquel les examens radiologiques découvriront la collection. Dans ces cas, il convient d'exposer le pancréas de façon parfaite en associant à un décollement duodéno-pancréatique, un effondrement du petit épiploon ou du ligament gastro-colique, ce qui peut représenter quelques difficultés en cas de lésions de la queue du pancréas du fait des adhérences intimes entre la collection, l'estomac et la rate.

II - L'EXPLORATION RADIOLOGIQUE OPERATOIRE (Voir Tableau n° 7, page 47)

Que la collection ait été découverte ou non par l'exploration macroscopique et si l'état général du malade l'autorise, des examens radiologiques sont absolument indispensables pour guider les indications thérapeutiques.

Ces explorations vont préciser le siège exact de la collection, ses rapports avec les canaux excréteurs du pancréas et son retentissement sur les organes veineux et biliaire de voisinage.

1°- L'exploration radiologique de la collection et des canaux pancréatiques.

A - L'injection de la collection est le premier geste à pratiquer à l'exception des cas où le pseudo-kyste est de siège céphalique, invitant à entreprendre d'emblée l'opacification des voies biliaires.

a) - La kystographie directe permet le plus souvent l'injection de la collection.

Il suffit d'aborder la collection au point le plus court, au besoin par voie transgastrique si elle est extra-parenchymateuse ou transduodénale, si elle est intra-parenchymateuse, de la ponctionner par une aiguille de 10/10èmes environ, de prélever par aspiration quelques dizaines de cm3 de liquide pour le donner à l'examen chimique et de remplacer ce liquide par une quantité au moins équivalente de substance de contraste.

Cette exploration sert à délimiter le pseudo-kyste, à dessiner parfois son caractère biloté ou trilobé, voire à découvrir une autre collection au voisinage, à préciser son caractère communiquant ou non et à objectiver l'existence de prolongement soit vers le duodénum, soit vers la région coeliaque, soit vers les espaces sous-péritonéaux, voire le diaphragme et la plèvre gauche.

Cet examen, facile à réaliser, est presque toujours possible permettant ainsi de préciser le caractère communiquant ou non de la collection. Lorsqu'il s'agit de pseudo-kystes communiquants, il permet d'obtenir une injection du canal pancréatique principal et de découvrir ainsi, soit des lésions typiques de pancréatite chronique, soit l'existence d'autres collections branchées en dérivation. Dans d'autres cas, les images dessinant une collection intra-parenchymateuse s'associent à un état "d'hydropancréatose" très nette de la glande.

b) - Beaucoup plus rarement, l'injection de la collection est obtenue :

- soit par pancréatographie directe, essentiellement au cours des pancréatites chroniques et lorsqu'une distension du canal de Wirsung permet de le ponctionner d'emblée et de découvrir une collection communiquante,

- soit par pancréatographie rétrograde, où il s'agit après intubation du Wirsung par la papille, avec ou sans sphinctérotomie associée, de tenter d'injecter la collection de façon rétrograde.

c) - Cependant, dans certains cas, cette injection de la collection n'a pas pu être réalisée (19 fois)

- soit que l'intensité de la poussée de pancréatite aiguë parfois associée à une infection de la collection, voire à une rupture de celle-ci dans l'arrière cavité ou dans la grande cavité péritonéale, interdise de prolonger l'acte opératoire,
- soit que les caractères limités des lésions siégeant au niveau du segment caudal ou proximal de la glande associées à une intense altération du parenchyme réalisant par conséquent de véritables pancréatites cavitaires, invitent d'emblée à pratiquer une exérèse pancréatique emportant la collection.

Comme on peut l'observer au cours de l'étude du tableau n° 7, page 47, dans l'immense majorité de ces observations, le caractère communiquant ou non de la collection n'a pu être précisé. Cependant, dans d'autres cas plus rares, l'abord direct de la collection ou sa découverte au cours de la dissection pancréatique, tout particulièrement lors d'une exérèse, ont permis de préciser ses rapports avec les canaux excréteurs.

B - La pancréatographie directe peut utilement compléter une kystographie qui n'a pas injecté le Wirsung, afin de vérifier le caractère non communiquant de la collection, ou être réalisée lorsque la kystographie n'a pas été possible.

D'autre part, cet examen a également l'avantage de permettre la découverte, soit d'une sténose du canal de Wirsung, soit d'une lithiase canalaire et d'objectiver une dilatation en amont d'une sténose, voire de préciser le siège de la collection par rapport à l'obstacle éventuel.

Ainsi, nous rappellerons que sur 33 obstacles du Wirsung étudiés, 13 fois seulement nous avons découvert un obstacle siégeant en aval de la collection et ceci principalement au cours des collections intra-parenchymateuses survenant lors des pancréatites chroniques.

C - La pancréatographie rétrograde est utile lorsque le système excréteur n'a pas pu être visualisé par l'injection directe de la collection ou si

l'absence de distension du Wirsung n'a pas permis une pancréatographie directe.

Cet examen, réalisé après duodénotomie avec ou sans sphinctérotomie associée, a plusieurs avantages :

- par l'introduction d'un cathéter ou d'un instrument rigide dans l'orifice wirsunguien, après abord de la papille, il peut permettre la découverte d'une sténose du canal de siège soit juxta-duodénal, soit isthmique pouvant être franchie dans certains cas et permettre l'évacuation, puis le drainage de la collection,
- l'extraction de calculs par la papille est également possible.
- Enfin, il peut injecter une collection communiquante, intra-parenchymateuse profonde que rien ne laissait soupçonner.

Lorsque la sténose du canal de Wirsung est infranchissable, la pancréatographie rétrograde devient alors impossible. Il faut, soit faire un forage juxta-papillaire drainant la collection, soit plutôt drainer la collection par une dérivation interne (kysto-anastomose par exemple) en associant alors un drainage pancréatique complémentaire pour lutter contre la distension canalaire et dériver le suc pancréatique.

D - Quant à la pancréatographie descendante, elle fut pratiquée deux fois pour vérifier la perméabilité du Wirsung d'aval après une pancréatectomie gauche emportant la collection (obsv. n° 44 et 76).

Ainsi, kystographie, pancréatographie directe, rétrograde ou descendante sont des méthodes qui se complètent l'une et l'autre et qui, dans certains cas, peuvent s'associer utilement. Toutes visent à préciser les rapports de la collection avec le Wirsung et sa topographie exacte.

Elles doivent être, bien sûr, complétées par l'exploration radio-manométrique des voies biliaires.

2°- L'exploration des voies biliaires

Cette exploration a un double but, d'une part de définir l'état exact du système excréteur du foie, et d'autre part de préciser dans la mesure du possible, la morphologie et le fonctionnement de la région oddienne en s'attardant à préciser l'état fonctionnel et anatomique du carrefour bilio-pancréatique.

Cet examen a pu être pratiqué dans presque tous les cas à l'exception, là encore, de ceux où l'intensité de la poussée aiguë, souvent associée à une infection de la collection, invitait à s'en abstenir.

Cette opacification est habituellement menée par voie per-vésiculaire, le plus souvent à l'aide d'une ponction transpariétale vésiculaire, plus rarement par ponction cholédocienne directe lorsqu'il existe notamment un blocage cystique ou lorsque le malade a subi une cholécystectomie dans ses antécédents.

Ainsi, la lecture des clichés per-opératoires permet d'apprécier souvent sur le même cliché, la topographie, le volume de la collection et son retentissement sur les voies biliaires ainsi que ses rapports avec les canaux excréteurs du pancréas.

3°- L'exploration du système porte est indispensable lorsque la circulation collatérale est accentuée ou lorsqu'il existe une grosse rate, ou bien lorsque les deux anomalies s'associent (exception faite des cas où une poussée aiguë inflammatoire invite à s'en abstenir) (Voir Tableau n° 4, page 31). On doit alors rechercher un obstacle permettant d'expliquer l'hypertension portale segmentaire, et ceci est réalisé soit par iléoportographie, soit par splénoportographie transplénique (Voir Tableau n° 7, page 47).

Ces examens révèlent le plus souvent l'existence d'une accentuation de la circulation collatérale associée à une hyperpression variant de 25 à 27 cm. d'eau et parfois à un blocage splénique sans injection du tronc porte. En effet, en voici les résultats :

- 6 iléoportographies ont révélé :
  - 2 fois une simple circulation collatérale accentuée,
  - 4 fois une circulation collatérale accentuée associée à une hyperpression à 27 cm. d'eau (obsv. n° 11), à 37 cm. d'eau (obsv. n° 45), à 25 cm. d'eau (obsv. n° 58) et à un chiffre non précisé (obsv. n° 77).
- 2 splénoportographies par ponction transplénique per-opératoire ont révélé:
  - 1 fois une accentuation de la circulation collatérale associée à une hyperpression avec blocage du tronc porte et injection de dérivation vers la veine coronaire stomachique (obsv. n° 90).

- 1 fois une circulation collatérale accentuée avec un aspect irrégulier de la veine splénique (obsv. n° 26).

Cependant, nous voulons insister sur les cas où, bien qu'il existât une hypertension portale segmentaire probable, aucune exploration radiologique per-opératoire du système porte ne fut pratiquée. Ceci a été noté 11 fois :

- 5 fois au décours des pancréatites aiguës. Dans 4 cas, la collection siégeait presque toujours à la queue et au niveau du corps et elle était extra-pancréatique et volumineuse, comprimant le pédicule spléno-portal, et une fois l'hypertention portale fut découverte lors d'une réintervention à la suite de la survenue d'hémorragies digestives répétées alors qu'il s'agissait d'un malade opéré 7 ans auparavant d'une collection perforée dans l'estomac et traitée par drainage externe. La tendance hémorragique dans cette observation interdit tout facteur susceptible de prolonger l'acte opératoire.
- 6 fois au cours des pancréatites chroniques; Il s'agissait toujours de pseudo-kystes caudaux. Une splénectomie isolée fut faite une fois (obsv. n° 51) du fait de l'intensité de la poussée et associée à un drainage externe, tandis que 3 fois (obsv. n° 44, 76 et 86), la splénectomie fut associée à une pancréatectomie gauche ; une fois fut réalisée une duodéno-pancréatectomie céphalique (obsv. n° 74), une fois une pancréatectomie presque totale (obsv. n° 60) et une fois la collection rétro-céphalique post-traumatique fut traitée par kysto-duodénostomie.

III - CONCLUSIONS

Au terme de cette double exploration macroscopique et radiologique, on a une idée précise du siège de la collection, de ses rapports et de son retentissement sur les organes de voisinage, conditions indispensables pour proposer un traitement efficace.

TABLEAU N° 7

TYPE ANATOMIQUE DE LA COLLECTION			KYSTOGRAPHIE 63			PANCRÉATOGRAPHIE DIRECTE OU RÉTROGRADE SANS INJECTION DU P.K.	AUCUN EXAMEN RADIOLOGIQUE PANCRÉATOGRAPHIQUE ou KYSTOGRAPHIQUE PRATIQUÉ	OPACIFICATION DES VOIES BILIAIRES			OPACIFICATION DU SYSTÈME PORTE	
			Par ponction directe	Par ponction du Wirsung	Par pancréatographie rétrograde			Per-Vésiculaire	Per-Cystique	Per-Cholédocienne	Iléoportographie	Splénoportographie
			46	14	4	18	19	75	6	6	6	2
Intra-Parenchymateux 59	Communiquant	26	5	14	3	-	4 (abord direct)	21	1	2	2	1
	Non communiquant	25	12	-	-	12	1 (découverte de dissection)	18	1	3	-	-
	Communication non précisée	8	1	-	-	1	6 (P.C. + P.C.C.)	3	-	-	-	-
Extra-Parenchymateux 42	Communiquant	3	1	-	1	-	1 (découverte de dissection)	8	1	-	1	-
	Non communiquant	32	25	-	-	5	2 (abord direct)	24	2	-	3	-
	Communication non précisée	7	2	-	-	-	5 (P. A.)	1	1	1	-	1

TABLEAU N° 8

EXAMENS RADIOLOGIQUES PER-OPÉRATOIRES

	PUS	SANG OU LIQUIDE SÉRO-HÉMATIQUE	ASCITE	TACHES DE BOUGIE	ÉTAT INFLAMMATOIRE SUS-MÉSOCOLIQUE
P. A.	2	5	1	14	15
P. C.	-	-	-	1	4
P. C. C.	-	-	1	2	6
T.	-	-	-	-	1

ÉPANCHEMENTS PÉRITONEAUX ET TACHES DE BOUGIE

METHODES CHIRURGICALES

Parmi les différentes méthodes chirurgicales utilisées pour traiter la collection pseudo-kystique, il convient d'opposer les méthodes de drainage qui ont été utilisées le plus souvent, soit 74 fois, et les exérèses qui furent utilisées 32 fois (voir tableau n° 10, page 53). Nous envisagerons, pour terminer, les actes chirurgicaux destinés à traiter les lésions des organes de voisinage.

I - LE DRAINAGE DE LA COLLECTION A ETE REALISE LE PLUS FREQUEMMENT

Celui-ci peut se faire soit vers l'extérieur, soit vers l'intérieur en dérivant la collection vers un viscère creux, soit enfin par l'intermédiaire des voies naturelles (kysto-anastomose indirecte, sphinctérotomie, drainage canalaire transpapillaire).

1°- Les opérations de drainage externe de la collection

Ce drainage peut être réalisé soit par drainage externe direct, soit par drainage externe après forage qui peut être lui-même, soit transduodénal, soit transwirsunguien.

A - Le drainage externe direct constitue un des procédés les plus simples et les plus anciennement pratiqués :

- la marsupialisation consiste à aborder directement la collection après évacuation, à fixer ses bords au péritoine et à la peau. Un tel procédé est en fait plus facile à réaliser en théorie qu'en pratique car il est souvent mal aisé de rapprocher les bords de l'incision kystique des plans pariétaux. De plus, elle expose à certaines complications et en particulier à la fistule pancréatique.

- le drainage externe par un drain introduit et maintenu en place dans la cavité pose moins de problèmes techniques mais expose également au danger de fistule. La méthode utilisée est celle du siphonnage ou de la simple mise en aspiration au bocal.

- Quoiqu'il en soit, ces drainages externes ont toujours été appliqués à des collections exclues du canal de Wirsung et presque toujours extra-parenchymateuses survenues au décours de pancréatites aiguës. Cette méthode a cependant été utilisée une fois pour une collection intra-parenchymateuse avec succès.

B - Le drainage externe de la collection par forage :

- il s'agit le plus souvent du forage d'un néocanal transduodénal juxta-papillaire, le drain ressortant à la VOLKER. Ce traitement a été toujours appliqué pour des collections intra-parenchymateuses tantôt communiquantes et tantôt exclues (obsv. 41, 46, 57 et 87).

- il s'agit plus rarement du forage d'une sténose du Wirsung qui fut mené à bien par deux fois au cours de deux collections extra-parenchymateuses qui étaient pourtant apparues comme exclues radiologiquement. Il est vraisemblable que dans ces deux cas l'introduction d'un cathéter franchissant à force la sténose du canal a permis de rétablir la communication avec le pseudo-kyste qui s'en était exclu au cours de son évolution (obsv. 3 et 45).

2°- Les Kysto-Anastomoses directes

A - Rappel historique

Les différents drainages externes ayant conduit avant l'ère radiochirurgicale à de nombreuses fistules, il parut logique de dériver la collection dans le viscère creux le plus voisin. Ainsi naquirent en 1911, grâce à ONBREDANNE, la première anastomose kysto-duodénale et en 1929, grâce à JEDELICKA, la première anastomose kysto-gastrique qui furent réalisées après ouverture de la collection et exérèse partielle de sa paroi par la suture de la poche à une brèche duodénale ou gastrique. Cependant, cette suture était menacée de désunion et KERCHNER en 1929 réalise avec succès la première kysto-duodénostomie par voie transduodénale. Puis JURASZ en 1931 étendit la méthode aux collections rétrogastriques les plus fréquentes et décrivit définitivement la kysto-gastrostomie transgastrique.

B - La Kysto-Gastrostomie transgastrique fut appliquée principalement aux collections extra-parenchymateuses non communiquantes

Sa technique est bien connue. Nous nous bornerons à rappeler ici qu'elle doit s'appliquer électivement aux collections supra-gastriques et rétro-gastriques et que l'anastomose doit se trouver au point déclive de la collection plus près de la petite courbure que de la grande, le bol alimentaire cheminant le long de celle-ci reflue alors moins volontiers de l'estomac vers la collection. La paroi de la collection doit être suffisamment solide pour permettre l'anastomose puisque dans un cas, elle n'a pu être réalisée compte tenu de la friabilité extrême de cette paroi, et l'on dut,

après fermeture de la gastrostomie, se contenter d'un drainage externe de la collection évacuée, le pseudo-kyste étant non communiquant.

Nous avons réalisé cette opération dans 12 % des cas, soit de manière isolée, soit plus fréquemment associée tantôt à un drainage externe au cours des collections extra-parenchymateuses, tantôt à une kysto-duodénostomie lorsqu'il existait deux collections, l'une rétrogastrique, l'autre céphalique. Deux fois, les malades avaient subi une kysto-duodénostomie quelques années auparavant (obsv. 39 et 61). Cependant dans un de ces deux cas, l'existence d'une fistulisation spontanée de la collection dans l'estomac avait permis de se contenter d'agrandir l'orifice au cours de l'intervention en ourlant la paroi gastrique aux berges du pseudo-kyste.

C - La Kysto-Duodénostomie transduodénale est indiquée lorsqu'il s'agit de collections intra-parenchymateuses céphaliques juxta-duodénales et le plus souvent non communiquantes. D'autre part, elles ont été surtout utilisées au cours des collections découvertes lors des pancréatites chroniques, plus rarement au décours d'une pancréatite aiguë et une fois au cours du pseudo-kyste post-traumatique.

a) - Sa technique doit être bien réglée :

- décollement duodéno-pancréatique large,
- incision longitudinale à la face externe le plus souvent du deuxième duodénum,
- repérage de la papille et du cholédoque à l'aide d'un explorateur métallique introduit par cholédocotomie supra-duodénale,
- incision de la mince cloison séparant la collection du duodénum, plus près de la face antérieure que de la face postérieure du duodénum et à une certaine distance de la papille, de préférence sous-papillaire de façon à passer au large de la voie biliaire principale.

Cependant, dans la majorité de nos observations, la kysto-duodénostomie fut réalisée au-dessus de la papille car les collections siégeaient principalement au bord supérieur de la tête du pancréas et un drainage déclive efficace put cependant être obtenu.

L'anastomose doit être déclive de façon à drainer parfaitement la collection dont la paroi est ourlée à la paroi duodénale par un surjet hémostatique. Le plus souvent, un drain est laissé en place dans la cavité et ressort transduodénal à la VOLKER.

b) - Nous avons réalisé cette intervention dans 16 % des cas et dans la moitié des cas, elle fut associée à un autre acte chirurgical dont une fois à une kysto-gastrostomie pour un autre pseudo-kyste associé, trois fois à une sphinctérotomie, deux fois à un drainage du canal de Wirsung, soit par wirsungo-jéjunostomie, soit à l'extérieur, et une fois à une exérèse pancréatique d'amont.

Il faut souligner certains accidents hémorragiques per-opératoires survenus au cours de la réalisation de cette anastomose :

- 4 accidents hémorragiques mineurs où il s'agit d'hémorragies per-opératoires survenues lors de l'incision de la cloison située entre le duodénum et la collection et où l'hémostase fut obtenue facilement par des points appuyés (obsv. n° 39, 47, 89 et 90).
- 1 fois un accident hémorragique majeur obligeant à pratiquer une gastrectomie afin de contrôler la plaie vasculaire (obsv. n° 57).
- enfin, la découverte d'une section vasculaire et d'un caillot obstruant une brèche vasculaire entraîna une fois une reprise de l'hémorragie à l'origine de la collection pseudo-kystique. On a pu voir au fond de la poche les deux extrémités d'une artériole vraisemblablement une branche pancréatico-duodénale qui ont dû être liées (obsv. n° 85).

Par contre, nous n'avons jamais observé d'accidents biliaires.

c) - Dans certains cas, plus rares, une tentative de kysto-duodénostomie ne fut pas couronnée de succès :

- soit que la survenue d'une hémorragie importante par blessure de l'artère gastroduodénale oblige à pratiquer une hémi-gastrectomie et à se contenter de drainer la collection par le Wirsung après forage d'un néocanal transpapillaire comme ce fut le cas une fois (obsv. n° 57),
- soit que le siège de la collection ne permette pas de réaliser une anastomose déclive comme ce fut le cas au cours d'un pseudo-kyste extra-parenchymateux développé au-dessous du troisième duodénum et au contact de la racine du mésentère ouvert spontanément dans l'angle entre le deuxième et le troisième duodénum. (La kysto-duodénostomie fut cependant réalisée et dut être complétée par une anastomose sur le pancréas en sandwich à l'aide d'une anse exclue) (obsv. n° 48).
- soit qu'il s'agisse d'une kysto-duodénostomie faite par simple forage, dite encore kysto-duodénostomie à minima, et qui dut, là encore, être

complétée par le forage d'un néocanal du pseudo-kyste intra-parenchymateux (obsv. n° 41).

Deux fois, le malade dut être réopéré plusieurs années après pour récidive d'un pseudo-kyste qui fut alors traité pas kysto-gastrostomie (obsv. n° 39 et 61), tandis qu'une fois la kysto-duodénostomie fut réalisée un an après l'échec du drainage d'une collection communiquante de la tête par drain transpapillaire (obsv. n° 24).

D - La Kysto-Jéjunostomie fut exceptionnellement réalisée

Certains auteurs, guidés par le souci de prévenir le reflux du bol alimentaire dans la cavité et celui de rechercher une méthode de kysto-anastomose applicable à toutes les collections quelle que soit leur localisation, ont préconisé le drainage de la collection à l'aide d'un segment intestinal exclu en Y d'une longueur minimum de 30 cm.

En réalité, cette méthode que nous n'avons employée qu'exceptionnellement, est à réserver aux formations se développant vers la grande cavité péritonéale et dont les parois sont suffisamment organisées afin d'éliminer tout risque de désunion.

Nos deux observations concernent des collections extra-parenchymateuses survenues au décours de pancréatite aiguë, toutes les deux comprimant et refoulant le mésocôlon, dont l'une s'associe à une fistule dans la première anse jéjunale (obsv. n° 18 et 25).

E - Conclusions

Pour nous résumer et quelle que soit la méthode de kysto-anastomose adoptée, nous pouvons dire que cette anastomose pour être efficace, doit être :

- déclive,
- suffisamment large,
- réalisée avec une hémostase rigoureuse.

Dans ces conditions, les résultats sont satisfaisants et on peut espérer le comblement progressif des collections exclues et lorsqu'elles communiquent avec le canal de Wirsung, la dérivation du suc pancréatique, bien que nous ayons observé deux échecs de kysto-duodénostomie avec récidive de la collection quatre ans et quatre mois plus tard (obsv. n° 39 et 61).

Tableau n° 10

Méthodes Chirurgicales	Nombre
DRAINAGE (74)	
- Drainage externe direct de la collection	14
- Drainage externe de la collection après forage duodénal ou d'une sténose du Wirsung	6
- Drainage canalaire externe transpapillaire	11
- Drainage canalaire interne	13
- Kysto-Duodénostomie	16
- Kysto-Gastrostomie	12
- Kysto-Jéjunostomie	2
EXERESE (32)	
- Duodéno-Pancréatectomie céphalique	9
- Pancréatectomie gauche	18
- Pancréatectomie presque totale	5

DIFFERENTES METHODES CHIRURGICALES UTILISEES

3°- Les Méthodes de Drainage par les voies naturelles

Ces méthodes ne s'adressent, à l'évidence, qu'aux collections communiquantes et elles sont de deux sortes :

- tantôt elles réalisent un drainage externe de la collection,
- tantôt elles réalisent un drainage canalaire interne.

A - Le Drainage Canalaire Externe

Cette méthode érigée par DOUBILET et MULHOLLAND en méthode de principe, ne s'applique en réalité qu'aux collections communiquantes qui sont loin, dans notre statistique, d'être la majorité. Il faut, de plus, que la communication soit large et s'accompagne d'un wirsung dilaté.

Sa technique est simple :

- Duodénotomie,
- Découverte de la papille par la vue, par le toucher ou à l'aide de l'injection d'une solution dans les voies biliaires,
- la papille est exposée par des fils tracteurs,
- un drain fin en gomme ou en polythène est alors introduit avec douceur dans l'orifice papillaire et poussé ensuite en avant, en haut et à gauche vers l'orifice terminal et dans la direction du segment céphalique du canal de wirsung,
- l'écoulement du suc pancréatique témoigne de la bonne direction prise par le drain et s'il s'engageait dans le cholédoque, il convient d'ouvrir la papille en réalisant une large sphinctérotomie ou mieux, une bonne sphinctéroplastie sous le couvert d'une hémostase minutieuse de façon à exposer l'embouchure de la voie biliaire principale et celle du canal de Wirsung.
- on pousse ensuite le drain jusqu'au centre de la cavité dont le contenu s'évacue de cette façon,
- en réalité, le geste essentiel est représenté par la sphinctérotomie quand le pseudo-kyste trouve à son origine un obstacle papillaire, le drain ne jouant qu'un rôle adjuvant et servant de tuteur à la cicatrisation de la région sphinctérienne en même temps qu'il évacue le liquide intra-kystique,
- ce drain peut être extériorisé le plus souvent directement par duodénotomie, exceptionnellement en rétrograde par les voies biliaires (DOUBILET),
- il semble utile de le laisser en place pendant plusieurs semaines, son ablation étant précédée d'un contrôle radiographique après injection

d'une substance de contraste qui témoigne de l'affaissement suffisant de la collection.

En réalité, cette méthode est loin d'être une panacée et ne s'applique qu'à des cas précis, c'est-à-dire aux pseudo-kystes secondaires à un obstacle papillaire organique et en connexion large avec le canal de Wirsung. De plus, nous avons l'impression que la présence du cathéter puisse à elle seule induire des sténoses canalaires du fait des phénomènes inflammatoires et c'est dire que nous avons tendance à abandonner ce procédé qui fut néanmoins réalisé onze fois.

Nous rappelons ici que cinq fois un drainage transpapillaire du Wirsung fut pratiqué non pas dans le but de drainer la collection, mais afin de drainer le suc pancréatique lorsqu'il existait un obstacle en aval, type sténose ou oddite, la collection étant drainée pour son propre compte par une autre méthode le plus souvent par kysto-gastrostomie (3 fois, obsv. n° 4, 11 et 17), une fois par drainage externe et mise à plat (obsv. n° 21) et une fois par une pancréatectomie gauche emportant le pseudo-kyste (obsv. n° 30).

B - Le Drainage Canalaire Interne

a) Cette méthode vise à drainer le suc pancréatique et du même coup la collection, lorsqu'elle est communiquante.

Elle réalise le plus souvent une véritable kysto-anastomose indirecte. En effet, c'est une intervention qui s'applique essentiellement aux pseudo-kystes intra-parenchymateux au cours des pancréatites chroniques et qui est le plus souvent obtenue par une large anastomose wirsungo-jéjunale en Y complétée par une dérivation biliaire sur la même anse. L'anastomose intéresse le Wirsung corporéo caudal et céphalique du moins dans sa portion juxta isthmique, car ensuite il plonge dans le parenchyme et devient d'un abord extrêmement difficile. Nous avons pratiqué cette kysto-anastomose indirecte 10 fois.

Plus rarement, il s'agit d'une sphinctérotomie isolée (obsv. n°34) et deux fois de deux techniques plus particulières :

- une fois de la méthode d'APPLEBY, où la sténose isthmique est franchie à l'aide d'un tube perdu qui fut d'ailleurs à l'origine de douleurs abdominales en post-opératoire ayant cédé spontanément lors de l'évacuation de

ce corps étranger (obsv. n° 67).

- une fois par anastomose pancréatico-gastrique alors qu'il s'agit d'une hydropancréatose avec une collection céphalique (obsv. n° 86).

Bref, on voit que dans la majorité des cas, il s'agit de collections corporéales, communiquantes et associées à une distension du canal de Wirsung parfois en amont d'une sténose. L'abord direct du Wirsung a permis plusieurs fois d'extraire un ou plusieurs calculs s'il existe une lithiase canalaire : ainsi sont traités du même coup, à la fois la pancréatite chronique et le pseudo-kyste.

b) - Parfois, le drainage du Wirsung est réalisé à titre complémentaire afin de lutter contre sa distension.

Ainsi, dans deux cas de pseudo-kystes intra-parenchymateux exclus, la collection avait un drainage indépendant par kysto-duodénostomie, mais l'existence d'une sténose avec une dilatation du Wirsung en amont a obligé à dériver le suc pancréatique à l'aide d'une anse exclue en Y afin de lutter contre la distension (obsv. 48 et 73).

I - LES OPERATIONS D'EXERESES

Ces exérèses qui sont de trois sortes peuvent être réalisées soit de première intention, soit plus rarement secondairement, tantôt de propos délibéré, tantôt après échec d'un autre geste chirurgical.

1°- Les exérèses primitives

A - La Duodéno-Pancréatectomie céphalique a été presque toujours réalisée pour des collections intra-parenchymateuses au cours de pancréatites chroniques. Elle est menée à bien selon la technique de CHILD avec ablation du petit pancréas de WINSLOW, de l'angle duodéno-jéjunal associée à une hémigastrectomie inférieure.

Cette intervention est complétée le plus souvent par une anastomose pancréatico ou pancréato-jéjunale termino-terminale lorsque la sclérose de la tranche pancréatique permet de la réaliser avec une sécurité suffisante, puis par une anastomose cholédoco-jéjunale à 15 cm. environ de la précédente, enfin par une anastomose gastro-jéjunale à 40 cm. en aval, l'anse passant en transmésocolique sauf si le mésocôlon est court et gras auquel cas il est préférable de faire passer l'anse franchement en précolique.

Dans tous ces cas, la lésion siégeait avec une prédominance très nette au niveau de la tête du pancréas et ne pouvait être traitée par d'autre moyen réalisant une véritable pancréatite chronique cavitaire (obsv. n° 33, 35, 36, 37, 55, 65 et 74).

Une seule fois la collection pseudo-kystique, de siège extra-parenchymateux, était découverte lors de la dissection à la face postérieure de l'isthme communiquant avec le canal de Wirsung et où s'accumulait du sang. Ce malade avait subi 15 jours auparavant un drainage bilio-pancréatique pour pancréatite chronique calcifiante et la réintervention fut motivée par l'apparition d'hémorragies digestives (obsv. n° 85).

Au total, nous avons réalisé 8 D.P.C. de première intention.

B - La Pancréatectomie gauche est plus fréquemment indiquée au cours des Collections extra-parenchymateuses survenant au cours des pancréatites chroniques

Elle peut être de deux sortes mais demeure le plus souvent associée à une splénectomie :

- soit une pancréatectomie partielle emportant totalement la collection, s'adressant à part égale aux collections intra parenchymateuses et extra-parenchymateuses (3 fois au décours d'une pancréatite aiguë : obsv. n°20, 23 et 30, 3 fois au cours d'une P.C. : obsv. n° 40, 43 et 44, 2 fois au cours d'une P.C.C. : obsv. n° 76 et 84).
- soit une pancréatectomie d'amont laissant en place la collection de façon totale ou bien n'abandonnant que le fond du coquetier ; l'intervention est alors réalisée dans le but de tarir la sécrétion entretenue par le pancréas d'amont et se déversant dans la cavité selon la conception de MALLET GUY. Cette méthode s'adresse presque toujours aux collections extra parenchymateuses. Le drainage de la collection est réalisé le plus souvent par une méthode spéciale soit par drainage externe avec ou sans mise à plat, soit par kysto-duodénostomie, soit par une anse montée (obsv. n° 54) où il s'agit d'une pancréatite d'amont laissant le pseudo-kyste en place et réalisant une anastomose termino-latérale avec anse exclue sur la tranche et dérivant également la collection par une anastomose latéro-latérale entre le pseudo-kyste et l'anse montée. L'intervention a dû être complétée par une anastomose cholécysto-jéjunale latéro-latérale.

- Enfin, il faut préciser que 3 fois, cette exérèse fut complétée par une anastomose pancréato-jéjunale sur une anse montée exclue lorsqu'il y a un doute sur la perméabilité du Wirsung en aval (obsv. n° 49, 76 et 87).

C - La Pancréatectomie presque totale fut réalisée 4 fois presque toujours aux collections intra-parenchymateuses survenues au cours de pancréatites chroniques

On sait qu'elle est menée de gauche à droite et qu'elle a l'avantage de conserver la continuité biliaire et digestive ainsi qu'une mince tranche de tissu pancréatique au contact de la jante duodénale de façon à préserver la fonction endocrine de la glande et la vascularisation du duodénum.

Cette opération est réservée au cas où la glande est atteinte irréversiblement dans son ensemble soit par plusieurs collections (obsv. n° 53, s'agissant du seul cas où coexistent trois collections toutes extra-parenchymateuses), soit le plus souvent par la sclérose alors que l'absence de distension du Wirsung ne permet pas d'envisager une opération de dérivation (obsv. n° 60, 69 et 75).

Dans un de ces cas où le pancréas était détruit en totalité, il est remarquable que c'est lors de la dissection que la collection est découverte au cours de la libération du bord droit du tronc porte (obsv. n°60).

2°- Les exérèses secondaires

Sept fois, nous avons dû réintervenir pour réaliser une exérèse, tantôt de propos délibéré, tantôt du fait de l'échec du traitement précédent.

Dans un cas, la réintervention est motivée par l'apparition d'hémorragies digestives et par la survenue d'une rupture de rate après splénoportographie. L'extension de la pancréatite scléreuse oblige à pratiquer une pancréatectomie gauche au cours de laquelle on découvre une collection hématique derrière la tête correspondant à une plaie vasculaire.(obsv.n°90).

Dans les six autres cas, il s'agit d'exérèses complémentaires réalisées presque toujours sur pancréatite chronique :

- Une duodénopancréatectomie céphalique où la réintervention est faite 18 mois après drainage transpapillaire d'une collection communiquante

de la tête à la suite de la survenue de douleurs et d'une toxicomanie. Du fait de l'existence d'une aggravation considérable des lésions au niveau de la tête, l'exérèse est menée à bien non sans difficultés et en laissant en place le petit pancréas (obsv. n° 81).

- Quatre pancréatectomies gauches où la réintervention est faite dans des délais variables, le plus souvent après drainage externe du pseudo-kyste soit à titre systématique comme le préconise MALLET GUY lorsqu'un simple drainage externe n'est possible dans l'immédiat du fait notamment de l'infection ou des conditions générales (obsv. n° 31 et 51), soit après échec des traitements précédents du fait de la réapparition des douleurs qui sont la conséquence presque toujours de l'aggravation de la sclérose pancréatique qui, dans certains cas, a pu évoluer vers la pancréatite calcifiante :

- Observation n° 45, après échec du drainage d'une collection extra-parenchymateuse par forage transpapillaire,
- Observation n° 70, chez ce malade qui avait subi une kysto-gastrostomie et pyloroplastie pour une collection également extra-parenchymateuse.

- Une pancréatectomie presque totale, seul cas réalisé un an après la découverte de la collection au décours d'une crise de pancréatite aiguë et où il avait été pratiqué un double drainage de celle-ci, alors que le malade avait subi entre temps une dérivation cholécysto duodénale (obsv. n° 10).

L'ENSEMBLE DE CES DIFFERENTES METHODES CHIRURGICALES EST ETUDIE SUR LE TABLEAU N° 9, PAGE 60.

III - LES ACTES CHIRURGICAUX SUR LES ORGANES DE VOISINAGE (voir tableau n°11, page 62)

1°- Actions sur les Voies Biliaires

Elles peuvent être, là encore, menées soit au cours de la première intervention en même temps que le traitement de la collection, soit lors d'une réintervention.

- Lors du traitement de la collection, une action est souvent indispensable sur les voies biliaires. Il s'agit rarement de cholécystectomies et plus souvent de dérivations biliaires, tantôt temporaires, tantôt définitives :

TABLEAU N° 9

TYPE ANATOMIQUE DE LA COLLECTION			DRAINAGE EXTERNE DU P.K. 20			KYSTO-ANASTOMOSES 30			DRAINAGE PAR LES VOIES NATURELLES 24			EXÉRÈSES					
			Drainage externe direct	DRAINAGE EXTERNE PAR FORAGE 6		Kysto-gastrostomie	Kysto-duodénostomie	Kysto-jéjunostomie	Canalaire externe transpapillaire	CANALAIRE INTERNE 13		PRIMITIVES 25			SECONDAIRES		
				Forage d'une sténose du Wirsung	Forage duodéno juxta papillaire					Anse en Y.	Autres variétés	D. P. C.	P. G.	P. T.	D. P. C.	P. G.	P.
			14	2	4	12	16	2	11	10	3	8	13	4	1	5	
Intra-Parenchymateux 59	Communiquant	26	–	–	2	–	3	–	9	10	3	–	–	–	1	–	–
	Non communiquant	25	–	–	2	2	11	–	–	–	–	3	3	2	–	1	1
	Communication non précisée	8	1	–	–	1	–	–	–	–	–	4	2	1	–	–	–
Extra-Parenchymateux 42	Communiquant	3	–	–	–	–	–	–	2	–	–	1	–	–	–	–	–
	Non communiquant	32	11	2	–	8	1	1	–	–	–	–	7	1	–	3	–
	Communication non précisée	7	2	–	–	1	1	1	–	–	–	–	1	–	–	1	–

DIFFÉRENTS TYPES D'INTERVENTIONS CHIRURGICALES PRATIQUÉES

Les dérivations biliaires temporaires sont les plus fréquentes et représentées par la cholécystostomie ou les drainages de la voie principale qui sont des opérations à visée décompressive.

Les dérivations biliaires définitives sont exécutées au cours de pancréatites chroniques et sont représentées presque toujours par une dérivation cholécysto-jéjunale et une fois par une dérivation cholédoco-jéjunale

- Lors des réinterventions chirurgicales, une dérivation biliaire définitive peut être indispensable ou bien un drainage de la voie biliaire principale.

Ces dérivations biliaires, qu'elles soient primitives ou secondaires, peuvent être associées à un drainage pancréatique si une distension du Wirsung est observée.

2°- Les opérations de dérivation digestive peuvent être nécessaires d'emblée s'il existe une compression du duodénum ou de l'antre gastrique par la collection (obsv. n° 9 et 70), ou secondairement lorsqu'une compression digestive est le plus souvent la conséquence de l'aggravation de la sclérose pancréatique (obsv. n° 16 et 78).

3°- Les opérations nerveuses à type de splanchnicectomie peuvent enfin être nécessaires à distance lors de la réapparition d'un syndrome douloureux abdominal essentiellement au cours des pancréatites chroniques calcifiantes. Ce programme fut réalisé deux fois pour les pancréatites chroniques calcifiantes (obsv. n° 73 et 78) et une fois après échec du drainage du canal de Wirsung pour un pseudo-kyste communiquant et avant que le malade ne subisse une kysto-duodénostomie pour récidive de la collection (obsv. n° 24).

Les résultats de ces opérations nerveuses demeurent très aléatoires à longue échéance.

	LORS DE LA PREMIERE INTERVENTION CHIRURGICALE		LORS DE REINTERVENTIONS CHIRURGICALES	
Actions sur les Voies Biliaires	Drainage biliaire Temporaire	(Cholécystostomie ..... 45 (Drainage de la Voie (Biliaire Principale 9	Drainage de la Voie Biliaire Principale 1	
	Drainage biliaire Définitif	(Dérivation cholécysto- (jéjunale ..... 14 (Dérivation cholédoco- (jéjunale 1	Dérivation cholécysto-jéjunale ..... 2 Dérivation cholédoco-duodénale 2	
	Cholécystectomie 10		Cholécystectomie 3	
	Sphinctérotomie	(avec oddite ..... 3 (sans oddite 20	Extraction de calculs de l'ampoule de Vater .. 1 Sphinctérotomie 2	
	Sphinctéroplastie	(avec oddite ..... 2 (sans oddite 2		
Drainage Pancréatique	Drainage du Wirsung	(en Y ..... 1 (en sandwich 1	Drainage pancréatique 2	
Opération Nerveuse			Splanchnicectomie 3	
Dérivation Digestive	Pyloroplastie ..... 1 Gastro-entérostomie 1		Gastro-entérostomie 2	
Rate	Splénectomie 14		Splénectomie	(Accident de SPG ..... 1 (Blessure per-opératoire 1

ACTES CHIRURGICAUX COMPLEMENTAIRES

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Le choix de la méthode qui convient le mieux à chaque collection dépend de plusieurs facteurs :

- de la situation exacte de la collection intra ou extra-parenchymateuse et de son siège dans la glande elle-même,
- du caractère communiquant ou non de cette collection,
- de l'état du pancréas avoisinant,
- de l'affection causale dont la collection n'est qu'une conséquence et dont la nature intervient considérablement dans le pronostic.

I - LES COLLECTIONS EXTRA-PARENCHYMATEUSES

Ce sont habituellement des collections ne communiquant pas avec le Wirsung et on ne peut donc leur opposer efficacement un drainage par les voies naturelles. On aura donc le choix entre le simple drainage externe, intervention s'appliquant surtout aux collections apparaissant au décours des crises de pancréatites aiguës, et les kysto-anastomoses ou bien l'exérèse qui sera presque toujours une pancréatectomie gauche.

II - LES COLLECTIONS INTRA-PARENCHYMATEUSES

Ces collections bénéficient d'un traitement plus éclectique. Lorsqu'elles communiquent avec le Wirsung, une kysto-anastomose indirecte par wirsungo-jéjunostomie est davantage indiquée qu'un drainage externe transpapillaire dont les complications propres sont bien connues à moins que la localisation juxta duodénale de la collection n'autorise à pratiquer une kysto-duodénostomie efficace.

Par contre, lorsque la collection ne communique pas, le siège de celle-ci et l'état du reste de la glande dicteront la conduite à tenir : une collection caudale relèvera le plus souvent d'une pancréatectomie gauche, une collection céphalique relèvera d'une exérèse si le reste de la tête est manifestement pathologique alors que le reste de la glande est sain, et ce sera alors une duodéno-pancréatectomie céphalique indiquée pour cette véritable pancréatite cavitaire. Par contre, si l'état de la tête ne justifie pas une exérèse, on pourra s'adresser à une kysto-anastomose.

Lorsque l'atteinte de la glande est globale, c'est alors l'indication de la pancréatectomie presque totale. Enfin, lorsque la collection est de siège intermédiaire, le problème devient plus complexe et on pourra s'adresser soit à une kysto-gastrostomie soit, compte tenu de l'état général du malade ou de l'existence d'une infection locale, à un simple drainage externe complété ultérieurement par une pancréatectomie d'amont, soit, si les conditions y autorisent, à une mise à plat de la cavité associée à une pancréatectomie d'amont dans le même temps opératoire.

III - LES DIFFERENTES INTERVENTIONS PRATIQUEES SELON LE CARACTERE COMMUNIQUANT OU NON DE LA COLLECTION

Elles se trouvent analysées sur le tableau n° 12, page 66, sans tenir compte de leur siège intra ou extra parenchymateux. On peut voir que le traitement des collections communiquantes est représenté essentiellement par les opérations de drainage soit par les voies naturelles, soit par kysto-anastomoses tandis que les collections non communiquantes bénéficient plus souvent des exérèses, des kysto-anastomoses et à l'évidence, du drainage externe direct. Pour les cas où l'existence d'une communication n'a pu être précisée en per opératoire de façon formelle, les indications dépendent beaucoup de l'état anatomique du pancréas. En réalité, on peut renverser le problème et dire que la majorité des cas où le caractère communiquant n'a pas été précisé par des examens radiologiques per opératoires sont ceux précisément où l'état de destruction avancé de la glande invitait à l'exérèse (obsv. 33, 35, 40, 43, 66, 74 et 75).

IV - TYPE DE LA MALADIE PANCREATIQUE AYANT DONNE NAISSANCE A LA COLLECTION

Il intervient pour une large part dans les indications thérapeutiques (voir tableau n° 13, page 67).

- Pour les collections survenant au décours des pancréatites aigues qui sont presque toujours extra-parenchymateuses et non communiquantes, on aura le choix entre le drainage externe ou si l'état du malade le permet, le drainage interne ou parfois l'exérèse.

- Pour les collections survenant au cours d'une pancréatite chronique, les procédés thérapeutiques font ici appel davantage aux

exérèses qui furent faites 25 fois dont 4 secondairement, aux procédés d'anastomoses 15 fois et de drainages de la collection 8 fois, qu'aux procédés de drainage par les voies naturelles 21 fois. Dans ces derniers cas, on associera utilement une dérivation biliaire préventive. En effet, nous l'avons réalisée 15 fois, le plus souvent en anastomosant la vésicule sur l'anse exclue en Y qui draine le canal de Wirsung (4 dérivations cholécysto-jéjunales et une dérivation cholédoco-jéjunale).

Faute de ne pas l'avoir fait ou de n'avoir pas pu le réaliser au cours de la première intervention, nous avons dû pratiquer ces dérivations secondairement 4 fois (obsv. n° 10, 32, 45 et 87) du fait de l'évolution de la sclérose pancréatique entrainant des phénomènes de rétention biliaire. A l'heure actuelle, nous associons presque toujours une dérivation biliaire définitive lorsque nous sommes amenés à pratiquer une dérivation pancréatique.

- Pour la collection isolée survenue au décours d'un traumatisme, elle fut traitée par kysto-duodénostomie car elle siégeait au contact du duodénum et derrière la tête du pancréas. Ce mode de traitement ainsi que le siège de la collection et son contenu clair sont assez inhabituels au cours des pseudo-kystes post-traumatiques analysés dans la littérature, et ce fait nous paraît devoir être signalé.

---oOo---

Tableau n° 12

Interventions pratiquées	Nombre
COLLECTIONS COMMUNIQUANTES	
- Drainage canalaire interne dont 1 sphinctérotomie isolée	13
- Drainage canalaire externe (avec ou sans sphinctérotomie)	11
- Drainage externe après forage duodénal juxtapapillaire	2
- Kysto-Duodénostomie	22
- Kysto-Duodénostomie + Pancréatectomie gauche	1
- Exérèse	1 (DPC)
COLLECTIONS NON COMMUNIQUANTES	
- Exérèse	16 (10 PG - 3 DPC - 3 presque totales)
- Kysto-Duodénostomie	12
- Drainage externe direct	11
- Kysto-Gastrostomie	10
- Drainage externe après forage	4
- Drainage interne en sandwich du Wirsung	1
- Kysto-Jéjunostomie	1
COMMUNICATION NON PRECISEE	
- Exérèse	8 (4 DPC - 3 PG - 1 presque totale)
- Drainage externe	3
- Kysto-Gastrostomie	2
- Kysto-Jéjunostomie	1
- Kysto-Duodénostomie	1

INTERVENTIONS PRATIQUEES SELON LE CARACTERE COMMUNIQUANT DE LA COLLECTION

Tableau n° 13

Catégorie de la Maladie	Interventions Chirurgicales	Nombre
P.A.		
	Drainage externe direct	11
	Drainage externe après forage ou d'une sténose du Wirsung	1
	Drainage canalaire externe	5
	Kysto-Duodénostomie	3
	Kysto-Gastrostomie	8
	Kysto-Jéjunostomie	2
	Exérèse	6 (5 PG dont 1 secondaire et une pancréatectomie presque totale)
P.C.		
	Drainage externe direct	3
	Drainage du P.K. après forage (Wirsung	1
	Drainage du P.K. après forage (duodénal	2
	Drainage canalaire externe	1
	Drainage canalaire interne	3
	Kysto-duodénostomie plus exérèse d'amont	1
	Kysto-duodénostomie isolée	3
	Kysto-gastrostomie	2
	Exérèse	11 (4 DPC et 7 PG dont 2 secondaires)
P.C.C.		
	Drainage externe après forage juxta-papillaire	2
	Drainage canalaire externe	5
	Drainage canalaire interne	10
	Kysto-duodénostomie	7
	Kysto-gastrostomie	2
	Exérèse	14 (5 DPC dont 1 secondaire 5 P G dont 1 secondaire 4 P.presque totales)
T.		
	Kysto-duodénostomie	1
D.		
	Kysto-duodénostomie	1
	Pancréatectomie gauche	1 (secondaire)

INTERVENTIONS CHIRURGICALES PRATIQUEES SELON LA CATEGORIE DE LA MALADIE

CHAPITRE CINQUIEME

ETUDE de la MORBIDITE, de la MORTALITE et des RESULTATS

I - ETUDE de la MORBIDITE (11 cas)

	Type de l'intervention	Traitement de la complication	Résultats
Abcès de Paroi (3)	1 Pancréatectomie gauche (P.A.)	Drainage	Guérison
	1 Drainage externe avec mise à plat du P.K. (P.A.)	Drainage	Guérison
	1 Pancréatectomie gauche (PCC sur granulome inflam. par corps étranger	Drainage	Guérison
Abcès sous-phréniques (2)	1 Drainage externe (P.A.)	Drainage	Guérison
	1 Pancréatectomie gauche (P.A.)	Drainage	Guérison
Abcès pariétal + Fistule biliaire (1)	Double drainage du P.K. + Cholécystos.	Spontanément tarie en 8 mois	Décès à distance (accident hypoglycémique après panc. presque totale)
Abcès pariétal + Fistule du Grèle (1)	D.P.C.	Réopéré 2 fois en prov. (suture de fistule du grèle au contact de l'abcès de paroi et dégastro-gastrectomie avec ulcus peptique ?)	Guérison
Fistule Pancréatique (1)	Pancréatectomie presque totale	Spontanément tarie en 6 semaines	Guérison
Fistule Gastrique (1)	Kystogastrostomie	Suture + cholécystostomie. Guérison	Décès 1 mois après par hémor.distillante par le drain
Hémorragie Digestive (1)	Double dérivation pancréatique et biliaire.	Découverte du P.K. D.P.C. Ischémie colique après ligature de l'artère de l'angle droit. Anus de dérivation. Fermeture d'anus.	Guérison
Eventration (1 cas chez un obèse)	Drainage du P.K. par le Wirsung Cholécystostomie	Cure à distance	Guérison

Ainsi, nous notons 11 complications post-opératoires sur un total de 113 interventions chirurgicales pratiquées, soit 9,73 %, et il faut noter que tous ces accidents ont été maitrisés facilement puisqu'aucun n'a entraîné la mort.

En effet, les 3 cas décédés (obsv. n° 10, 13 et 76) reconnaissent comme causes de décès : 2 fois un accident hypoglycémique en rapport avec un diabète instable et une fois une hémorragie distillante inexpliquée, par le drain, dont l'origine n'a pu malheureusement être vérifiée par autopsie.

II - ETUDE de la MORTALITE (Voir Tableau n° 14, page 71)

La mortalité doit être étudiée sous deux angles.

1°- Nous avons observé 5 décès post-opératoires immédiats.

- 3 fois le décès était la conséquence d'une pancréatite nécrotique évolutive :

  - Observation n° 1, où il s'agit d'un volumineux kyste de l'arrière cavité intéressant la loge splénique avec prolongement vers la région coeliaque, traité par évacuation après gastrotomie et drainage externe après fermeture de cette gastrotomie, compte tenu de l'impossibilité de pratiquer une kysto-gastrostomie du fait de la fragilité des parois. Le liquide prélevé est très riche en enzymes. Cholécystectomie. Les suites opératoires sont troublées par une fièvre et une hyperamylasémie persistante à 1.200 U.S. Décès du malade au 21ème jour. Autopsie : Nécrose quasi totale de la tête et de l'isthme avec papille hémorragique et collection nécrotique et purulente péripancréatique fusant vers la loge splénique, le drain n'ayant sans doute pas été efficace. Il s'agit donc d'une évolution inéluctable d'une pancréatite nécrotique.

  - Observation n° 6, où il s'agit d'une collection suppurée de l'arrière cavité, secondaire à une pancréatite aiguë, peut-être elle-même la conséquence de l'anclavement d'un calcul dans l'ampoule de Vater. L'abord du calcul n'a pas été possible. Après drainage externe et cholécystostomie, la nécrose continue

d'évoluer. Le décès survient au 20ème jour dans un tableau anurique.

- Observation n° 13, où il s'agit d'une pancréatite nécrotique hémorragique avec lésions irréversibles confirmées histologiquement réalisant un infarctus total de la glande avec formation pseudo-kystique caractéristique au niveau de l'arrière cavité traitée par kysto-gastrostomie transgastrique. Malgré une réintervention 15 jours plus tard pour suture d'une désunion de la brèche gastrique avec cholécystostomie, le décès survient après tarissement de la fistule mais par hémorragie distillante par le drain. Il n'a pas été pratiqué d'autopsie.

- 2 fois le décès fut la conséquence d'un accident hémorragique :

  - Observation n° 9, où une collection rétro-gastrique infectée, perforée dans la grande cavité, avait été traitée avec succès par évacuation et drainage externe 7 ans auparavant lorsqu'une réintervention est nécessaire par suite de l'apparition d'hémorragies digestives. On découvre une nouvelle collection intra-parenchymateuse de la tête avec une tendance hémorragique très nette et une circulation collatérale très accentuée. On réalise une cholécystostomie avec gastro-entérostomie. Puis le décès survient par choc hémorragique 4 jours plus tard après défaillance cardiaque aiguë. L'autopsie n'a pas été pratiquée.

  - Observation n° 83, où il s'agit d'une volumineuse collection de la tête associée à une pancréatite scléreuse diffuse. Cette collection dont le contenu est hémorragique et qui est secondaire à la rupture d'une artère pancréatico-duodénale est traitée par kysto-duodénostomie avec hémostase. Cholécystectomie. Le décès survient brutalement au 10ème jour par hémorragie. L'autopsie qui a été pratiquée révèle que la coque du kyste est au contact même d'une artère volumineuse dont la lumière est partiellement obstruée par un caillot récent et qu'il existe une thrombose totale de la veine splénique au contact de la collection tandis que le pancréas subsistant est le siège d'une régression scléreuse considérable. Il faut noter que les deux

Tableau n° 14

		Intervention	Cause de la Mort	Délai	Autopsie
P.A. (4)	Obsv. 1	P.K. nécrotique de l'arrière cavité. Drainage externe	Pancréatite nécrotique évolutive.	21ème jour	Nécrose Totale de la glande
	Obsv. 6	P.K. nécrotique suppuré de l'arrière cavité + calcul enclavé de l'ampoule de Vater avec abord impossible Drainage externe.	Pancréatite nécrotique évolutive + anurie	20ème jour	Pas d'autopsie
	Obsv. 9	Drainage externe d'un P.K. infecté de l'arrière cavité Réintervention 7 ans plus tard pour hémorragie digestive. Gastro-entérostomie. Cholécystostomie.	Choc hémorragique	4ème jour	Pas d'autopsie
	Obsv.13	P.K. nécrotique de l'arrière cavité. Kysto-gastrostomie. Fistule gastrique et pancréatique temporaire. Suture.	Pancréatite nécrotique évolutive Hémorragie distillante par le drain	30ème jour	Pas d'autopsie
P.C.C (1)	Obsv.83	Collection hématique par rupture artère P.D. Kysto-duodénostomie plus hémostase. Cholécystectomie.	Hémorragie	10ème jour	Thrombose totale de la veine splénique plus infiltrats hémorragiques de 2 glandes surénales

MORTALITE POST-OPERATOIRE : 5 CAS

glandes surénales sont atteintes d'une hypertrophie adénomateuse avec infiltrats hémorragiques de la médullaire.

2°- Nous avons relevé 9 décès à distance (2 P.A., 3 au cours d'une P.C. et 4 au cours d'une P.C.C.) (Voir Tableau n°15,p.73)

- 3 fois le décès est la conséquence d'un diabète instable :

  - Observation n° 10, où la cause du décès est un accident hypoglycémique survenu chez un malade présentant un diabète très instable après pancréatectomie presque totale.

  - Observation n° 41, où il s'agit d'une poussée aiguë sur pancréatite scléreuse avec pseudo-kyste traité par kysto-duodénostomie à minima et drainage de la collection directement par voie transduodénale. Le décès survient 6 ans plus tard, conséquence également d'un diabète instable sans que l'on puisse préciser de façon certaine s'il s'agit d'un coma hypoglycémique.

  - Observation n° 76, où il s'agit d'une pancréatite quasi expérimentale d'amont survenue sur un granulome inflammatoire au contact des fils de ligature de vaisseaux spléniques. Cette pancréatite est traitée par pancréatectomie d'amont et double dérivation pancréato-digestive. Le décès semble être la conséquence d'un diabète instable.

- 2 fois le décès est imputable à l'existence d'une lésion maligne de la sphère digestive :

  - Observation n° 22, où un an après traitement de la collection, une réintervention découvre un fibrosarcome pancréatique.

  - Observation n° 52, où il s'agit ici d'un adénocarcinome secondaire du foie, d'origine digestive, qui est découvert un an après drainage externe et pancréatectomie gauche pratiquée dans un deuxième temps pour collection intermédiaire.

- 4 fois la cause du décès est inconnue, compte tenu du fait que les malades ont été perdus de vue :

  - Observation n° 49, où la collection est traitée par kysto-duodénostomie et la cause du décès survenu 3 ans plus tard demeure inconnue.

Tableau n° 15

		Intervention Pratiquée	Délai	Cause de la Mort
P.A. (2)	Obsv. 10	1ère Intervention Drainage du P.K. 2ème Intervention Dérivation bilio-digestive 3ème Intervention Pancréatectomie presque totale	4 ans	Accident hypo-glycémique
	Obsv. 22	Drainage transpapillaire du P.K.	1 an	Fibrosarcome pancréatique
P.C. (3)	Obsv. 41	Kysto-duodénostomie à minima plus drainage du P.K.	6 ans	Diabète instable
	Obsv. 49	Kysto-duodénostomie	3 ans	Inconnue
	Obsv. 52	1ère intervention Drainage externe 2ème intervention Pancréatectomie gauche	1 an	Adénocarcinome secondaire du fois d'origine digestive
P.C.C. (4)	Obsv. 58	Pancréas presque détruit avec P.K. intermédiaire et exérèse impossible. Drainage externe transpapillaire du Wirsung	2 ans	"des suites de sa maladie"
	Obsv. 59	P.K. nécrotique de la tête Kysto-duodénostomie Cholécystectomie	1 an	Inconnue
	Obsv. 76	Pancréatite sur granulome par corps étranger après splénectomie. Pancréatectomie gauche Double dérivation biliaire et pancréatique dans un deuxième temps.	2 ans	Diabète instable
	Obsv. 81	Drainage du P.K. transwirsunguien. D.P.C. deux ans plus tard, (toxicomanie)	Non précisé	Inconnue

DECES A DISTANCE : 9 CAS

- Observation n° 58, où l'importance de la destruction pancréatique rend illusoire toute exérèse dans l'immédiat et où l'on se contente d'un drainage externe par le Wirsung. Le décès survient 2 ans plus tard sans que l'on puisse préciser la cause exacte de celui-ci.

- Observation n° 59, où il s'agit d'une collection nécrotique de la tête traitée par kysto-duodénostomie et cholécystectomie et où le décès survient un an plus tard et dont la cause est également inconnue.

- Observation n° 81, où une duodéno-pancréatectomie céphalique est pratiquée 2 ans après drainage externe d'une collection. Le malade est décédé dans des délais non précisés et dont la cause est également inconnue.

III - ESTIMATION FINALE DES RESULTATS

La qualité des résultats dépend davantage du type de la pancréatite qui a donné naissance à la collection pseudo-kystique que du pseudo-kyste lui-même qui n'apparaît en réalité que comme une simple complication évolutive de la maladie pancréatique.

Nous voulons essentiellement étudier, dans ce chapitre, les cas où le résultat peut être apprécié efficacement en excluant ceux où le malade a été perdu de vue dès sa sortie de l'hôpital et en ne s'intéressant qu'aux résultats ayant des délais, soit inférieurs, soit supérieurs à 3 ans.

Nous avons classé les résultats en bons, moyens, médiocres : par résultats bons, nous entendons ceux où le malade a pu reprendre une existence normale, ne souffre plus et a pris du poids, ceci parfois au prix d'un régime modéré. Nous considèrerons comme résultats moyens les cas où le malade continue à présenter à intervalles éloignés quelques crises douloureuses et se plaint de troubles digestifs, tandis que les résultats médiocres concernent les patients qui, ou bien présentent un diabète instable, ou bien continuent à souffrir, ont dû changer de profession et n'ont pas repris de poids.

Ces critères sont appréciés en fonction des réponses que nous ont fournies un peu plus des deux tiers des malades consultés. Il nous

Tableau n° 16

	Résultats à la sortie des malades perdus de vue depuis	Délai Inférieur à 3 ans	Délai Supérieur à 3 ans
Bon	4	4	14
Moyen	-	-	2
Médiocre	-	-	1
Décès (post-opératoire	4	-	-
Décès (à distance	2		

RESULTATS APRES TRAITEMENT DES 31 COLLECTIONS SURVENUES AU DECOURS D'UNE PANCREATITE AIGUE

	Résultats à la sortie des malades perdus de vue depuis	Délai Inférieur à 3 ans	Délai Supérieur à 3 ans
Bon	2	6	5
Moyen	-	1	3
Médiocre	-	1	-
Décès (post-opératoire	-	-	-
Décès (à distance	3		

RESULTATS APRES TRAITEMENT DES 21 COLLECTIONS SURVENUES AU COURS D'UNE PANCREATITE SCLEREUSE

	Résultats à la sortie des malades perdus de vue depuis	Délai Inférieur à 3 ans	Délai Supérieur à 3 ans
Bon	5	4	14
Moyen	-	4	1
Médiocre	-	-	3
Décès (immédiat	1	-	-
Décès (à distance	4		

RESULTATS APRES TRAITEMENT DES 36 COLLECTIONS SURVENUES AU COURS D'UNE PANCREATITE CHRONIQUE CALCIFIANTE

T. - Collection après Traumatisme : Résultats moyens avec un recul de 6 ans.

D. - Observation 90 : Bons résultats avec un recul de 4 ans.

paraît intéressant d'étudier ces résultats de deux points de vue différents :

- d'une part, en fonction de la pancréatite aiguë ou chronique qui a donné naissance à la collection,
- d'autre part et plus succinctement, en fonction du traitement appliqué à la collection.

1° - Etude des résultats comparés avec le type de la pancréatite

A - Sur les 31 malades porteurs de collection survenue au cours d'une crise de pancréatite aiguë, 27 ont des résultats interprétables.

Ainsi, on note (voir tableau n° 16, page 75)

- 4 décès post-opératoires immédiats
- 2 décès à distance
- 18 bons résultats dont 14 ont un recul largement supérieur à 3 ans, et quatre un recul inférieur à 3 ans. Parmi les 14 dont le recul est supérieur à 3 ans, un a été obtenu après une réintervention et pancréatectomie gauche (obsv. n° 31) et un autre cas a nécessité une réintervention pour ablation d'un calcul du bas cholédoque. Parmi les 4 résultats bons, inférieurs à 3 ans, 2 ont subi plusieurs interventions chirurgicales : l'un (obsv. n° 14) avait subi 2 interventions (gastro-entérostomie et splanchicectomie) avant d'être opéré pour pseudo-kyste et traité par pancréatectomie gauche d'amont avec drainage externe de la collection. L'autre (obsv. n° 24) après échec du drainage canalaire du Wirsung pour pseudo-kyste de la tête avait subi une splanchnicectomie droite n'ayant entrainé aucune amélioration des douleurs. Un an plus tard, une kysto-duodénostomie est pratiquée afin d'éviter une duodéno-pancréatectomie, mais ce malade est perdu de vue bien que très amélioré depuis 4 ans.
- 2 résultats moyens dont le recul est supérieur à 3 ans chez des malades qui ont subi également plusieurs interventions chirurgicales :
  - Observation n° 19, où le malade avait subi une kysto-anastomose en Y avant de nous être adressé pour épanchement pleural gauche récidivant. On découvre à l'intervention un pseudo-

kyste communiquant extra-parenchymateux, ouvert dans la plèvre gauche avec une pancréatite scléro-atrophique diffuse, traité avec succès par drainage canalaire externe.

- Observation n° 16, où le malade est réopéré 2 ans après une kysto-gastrostomie pour cure d'une éventration et où l'on découvre une nette évolution vers la pancréatite scléreuse.

- Nous n'avons noté qu'un seul résultat médiocre :

- Observation n° 12, dont le recul est supérieur à 3 ans. C'est le seul cas de poussée aiguë sur une pancréatite scléreuse vérifiée histologiquement avec une pancréatite nécrotique associée à une pancréatite scléro-atrophique d'amont dont le pseudo-kyste est traité par drainage externe. Après une brève amélioration, ce malade souffre à nouveau, a maigri, mais ne présente pas de diabète.

- Enfin, il existe 4 malades dont les résultats étaient bons à la sortie de l'hôpital et qui ont été perdus de vue.

B - Sur les 21 malades porteurs de collections survenues au cours d'une pancréatite chronique non calcifiante (P.C.) (voir tableau n° 16 page 75), 19 ont des résultats interprétables qui se répartissent comme suit :

- aucun décès post-opératoire immédiat
- 3 décès à distance
- 2 malades perdus de vue avec un bon résultat immédiat
- 11 bons résultats dont 5 ayant un recul supérieur à 3 ans, et six inférieur à 3 ans. Parmi ces derniers, une seule observation (obsv. n° 33) avait subi 4 ans auparavant une dérivation pancréatique pour pancréatite scléreuse avant que nous pratiquions une duodéno-pancréatectomie céphalique, suivie elle-même de complications dûes à un abcès de paroi avec fistule au niveau du grêle et qui fut réopérée par un autre chirurgien.

Parmi ceux ayant un recul supérieur à 3 ans, 2 fois les malades durent subir deux interventions :

- Observation n° 42, où l'on a pratiqué un drainage temporaire du Wirsung associé à une sphinctérotomie un an après une

kysto-duodénostomie pour pseudo-kyste nécrotique.

- Observation n° 44, où le bon résultat fut obtenu au prix d'une pancréatectomie gauche associée à une splénectomie après drainage externe du pseudo-kyste.

- 4 résultats moyens dont 1 ayant un recul inférieur à 3 ans (obsv. n° 51 traitée par drainage externe, compte tenu du caractère inflammatoire local empêchant toute exérèse) et 3 dont le recul est nettement supérieur à 3 ans avec dans un cas, une réintervention pour pancréatectomie gauche plus splénectomie avec anastomose cholécysto-duodénale alors que le pseudo-kyste avait été traité par drainage transpapillaire du Wirsung.

- Enfin, un seul résultat médiocre (obsv. n° 32). C'est un échec du drainage transpapillaire duWirsung avec réintervention 3 ans plus tard pour double dérivation vésiculaire et wirsunguienne sur anse montée en Y du fait de l'apparition d'une sténose cholédocienne. L'évolution vers la pancréatite chronique calcifiante se fait progressivement et inéluctablement.

C - Sur les 36 malades porteurs de collections apparues au cours d'une pancréatite chronique calcifiante (P.C.C.) (voir tableau n° 16, page 75) 31 résultats sont interprétables se répartissant comme suit :

- 1 décès post-opératoire immédiat
- 4 décès à distance
- 5 malades perdus de vue mais dont les résultats étaient bons à la sortie de l'hôpital.
- 18 bons résultats dont 4 inférieurs à 3 ans et 14 dont le recul est nettement supérieur à 3 ans, ces derniers ayant subi dans 3 cas plusieurs interventions :

- Observation n° 57, où le malade a subi une splanchnicectomie avant que son pseudo-kyste ne soit traité avec succès.

- Observation n° 85, où lors d'une première intervention pour pancréatite chronique calcifiante il est pratiqué une dérivation wirsunguienne avant que des hémorragies digestives obligent à réintervenir et à pratiquer une D.P.C. ;

- Observation n° 87, où le malade est réopéré pour subir une anastomose cholécysto-jéjunale sur anse en Y du fait de l'apparition de phénomènes de rétention biliaire.

- 5 résultats moyens dont 4 ont un délai inférieur à 3 ans et 1 supérieur à 3 ans.

- Enfin, 3 résultats médiocres ayant tous nécessité plusieurs interventions chirurgicales :

- Observation n° 70, où une pancréatectomie des trois-quarts gauche est réalisée 2 ans après une kysto-gastrostomie plus pyloroplastie ;

- Observation n° 73, où une kysto-duodénostomie associée à une double dérivation pancréatico-jéjunale et cholécysto-jéjunale est suivie peu après d'une splanchnicectomie, puis d'une réintervention exploratrice (splénectomie pour blessure per-opératoire) puis d'une troisième réintervention constatant l'existence d'une pancréatite scléro-rétractile empêchant tout geste thérapeutique ;

- Observation n° 78, où le malade après avoir subi une double dérivation bilio-pancréatique est réopéré du fait de l'apparition des douleurs et subit une splanchnicectomie gauche puis une antro-jéjunostomie pour une sténose du deuxième duodénum.

D - En conclusion, et si l'on étudie les résultats des 77 malades qui n'ont pas été perdus de vue, on constate :

Type de la Collection	Mortalité Immédiate	%	Bon Résultat	%	Moyen ou Echec	%	Décès à distance	%
P.A. (27)	4	14,82	18	66,67	3	11,11	2	7,40
P.C. + P.C.C. (50)	1	2,00	29	58,00	13	26,00	7	14,00

L'analyse de ce tableau révèle, en tenant compte du fait que

14 résultats ont été classés comme bons ou excellents bien que le recul ne se situe pour le moment qu'entre 18 mois et 3 ans, que :

- pour les collections survenant au cours des pancréatites aiguës, si le risque opératoire immédiat apparaît comme certain, compte tenu du génie évolutif de certaines pancréatites aiguës souvent nécrotiques, il est par contre évident que l'évolution à distance, une fois le cap critique des premiers jours et des premières semaines franchi, est en règle favorable puisque nous ne notons que 2 décès et 3 résultats moyens sur les 27 observations analysées.
- par contre, pour les collections survenant au cours des pancréatites chroniques (P.C. + P.C.C.), si la mortalité post-opératoire immédiate est beaucoup plus faible, en revanche les résultats à distance sont moins favorables puisque l'on note 7 décès à distance et 13 résultats moyens ou échecs sur les 50 observations étudiées.

Nous renvoyons aux tableaux n° 17, 18 et 19, pages 84 et 85, pour l'étude des raisons cliniques ou anatomiques qui nous ont fait considérer les résultats comme des échecs partiels ou complets. Ainsi, on constate que :

- Pour les pseudo-kystes survenus au décours d'une pancréatite aiguë, il s'agit d'une évolution inéluctable vers la pancréatite scléreuse avec pancréatite scléro-atrophique d'amont qui motive l'échec partiel ou total.
- Pour ceux survenus au cours d'une pancréatite chronique calcifiante et qui ont tous les trois été réopérés, il a été noté une accentuation inéluctable de la destruction pancréatique évoluant vers la sclérose rétractile et empêchant deux fois sur trois tout nouvel acte thérapeutique.

E - En ce qui concerne le pseudo-kyste survenu au décours d'un traumatisme, le résultat peut être considéré comme moyen avec un recul de 6 ans, ceci au prix de deux interventions chirurgicales, la première qui ne fut qu'un simple drainage externe du pseudo-kyste, la deuxième qui fut une kystostomie transduodénale sous-papillaire. Actuellement, ce malade dont nous avons eu des nouvelles récentes, présente des douleurs abdominales intermittentes, de la diarrhée et n'a pas repris de poids depuis 1963.

F - Enfin, le dossier n° 90, classé comme divers, que nous avons analysé à plusieurs reprises au cours de la statistique et qui a été opéré deux fois, la deuxième intervention étant une pancréatectomie caudale gauche emportant la collection hématique, présente un résultat bon avec un recul actuel de 4 ans.

2° - L'étude des résultats en fonction du traitement appliqué à la collection est beaucoup plus aléatoire. Il est difficile d'en tirer des conclusions valables.

- Cependant, nous pouvons dire que ce traitement a presque toujours été efficace, c'est-à-dire qu'il a entrainé l'affaissement de la cavité si l'on fait abstraction des réinterventions pratiquées, soit systématiquement (à type d'exérèses d'amont après drainage externe), soit du fait de l'aggravation des lésions pancréatiques (exérèses, dérivations biliaires ou digestives).

- Cependant, trois récidives de collections chez trois malades différents, sur la statistique de 90 patients, doivent être signalées :

- deux fois, la deuxième collection avait un siège différent de la première

  - Observation n° 61, où 4 mois après kysto-duodénostomie pour pseudo-kyste de la tête survenu lors d'une poussée aiguë sur pancréatite chronique calcifiante associée à une lithiase du Wirsung, une nouvelle collection rétrogastrique est apparue traitée cette fois par kysto-gastrostomie. L'évolution se fait vers la destruction pancréatique et le malade est perdu de vue.

  - Observation n° 39, où 4 ans après kysto-duodénostomie pour pseudo-kyste de la tête survenu sur pancréatite non calcifiante, apparaît une nouvelle collection rétrogastrique associée à une oddite qui n'existait pas lors de la première intervention. Ce malade est traité par kysto-gastrostomie également et perdu de vue.

- une fois, la collection était de même topographie lors de l'observation n° 24 où il s'agit d'un échec du drainage canalaire du Wirsung pour un pseudo-kyste communiquant de la tête puis d'un échec d'une splanchnicectomie pour réapparition des douleurs. Une kysto-duodénostomie est

faite un an après, afin d'éviter la duodéno-pancréatectomie. Le résultat est moyen 3 ans après la découverte du pseudo-kyste, et le malade est perdu de vue depuis 4 ans.

- Il ne nous semble pas logique de comparer les résultats à distance avec les techniques opératoires proposées pour le traitement de la collection. En effet, dans l'appréciation des résultats à distance, plus que la technique appliquée à la collection intervient le type de la pancréatite aiguë ou chronique qui lui a donné naissance.

Cependant, un point particulier doit être mis en exergue : celui du diabète apparu lors de certaines interventions d'exérèses et celui du devenir d'un diabète pré-opératoire après une intervention chirurgicale. Les deux tableaux suivants étudient ces phénomènes.

	Après exérèse pancréatique	Sans exérèse pancréatique
P.A. 5	2 (1 instable DCD n°10)	3
P.C. 3	2 (1 instable)	1 (1 instable DCD n°41)
P.C.C. 9	4 (1 instable)	5 (1 instable)
D. 1	1	-

DIABETE POST-OPERATOIRE

	Diabète Stable	Diabète Instable	Décès imputable à une autre cause
P.A.	1 (n° 28)	-	1 (anurie n° 6)
P.C.	1 (exérèse)	-	1 (hémorragie n°83)
P.C.C.	4 (4 exérèses)	1 (DCD n°76)	-

DEVENIR DU DIABETE PRE-OPERATOIRE

APRES INTERVENTION CHIRURGICALE

L'étude de ces tableaux montre que l'existence d'un diabète pré-opératoire n'a été aggravée par l'intervention qu'une seule fois au cours d'une P.C.C. (obsv. n° 76 où le malade est mort d'un accident hypoglycémique à distance). Par contre, le diabète est resté stable 3 fois, même lors des 5 opérations d'exérèses pratiquées au cours des P.C.C. Enfin, deux fois l'existence d'un diabète pré-opératoire n'est pas intervenue dans la cause du décès survenu en post-opératoire qui est imputable une fois à une anurie (obsv. n° 6) et une fois à des hémorragies distillantes par le drain (obsv. n° 83).

Il résulte de l'analyse de ces tableaux que si l'on ne peut pas nier que dans certains cas une opération de résection pancréatique provoque l'apparition d'un diabète, il n'est pas moins remarquable que ces cas sont rares puisque nous ne l'avons noté que 9 fois sur les 31 exérèses pratiquées et que dans 3 cas seulement, il s'agissait d'un diabète instable qui n'a lui-même entraîné la mort que dans un seul cas.

Au total, le risque de déséquilibre endocrinien que comporte toute exérèse pancréatique demeure minime et s'il survient, il est généralement très facilement équilibré par une opothérapie rationnelle et bien conduite.

---oOo---

		Recul	Douleurs moins intenses	Amaigrissement	Toxicomanie	Diarrhée	Evolution vers la Pancréatite Scléreuse
Moyen (2)	Obsv. 19	4	+		+	+	+ (Pancréatite scléro-atrophique diffuse)
	Obsv. 16	4	+			+	+ (1 Réinterv. - Cure d'une éventration + gastro-entérostomie p. sténose pylorique)
Médiocre	Obsv. 12	9	+	+		+	+ (Pancréatite scléro-atrophique d'amont)

ETUDE DES MALADES PRESENTANT UN RESULTAT MOYEN OU MEDIOCRE
APRES TRAITEMENT DE LA COLLECTION AU DECOURS D'UNE PANCREATITE AIGUE

		Recul	Persistance des douleurs	Changement de Profession	Diarrhée	Diabète Instable	Réintervention Chirurgicale
Moyen (4)	Obsv. 51	18 mois	+		+		
	Obsv. 45	10 ans	+	+		+	+ (Pancréatect.gauche pour P.C. évolutive)
	Obsv. 46	3 ans	+				
	Obsv. 48	4 ans	+	+	+		
Médiocre	Obsv. 32	2 ans 1/2	+				+ (double dérivation pancréat.& biliaire (anse en Y) évolut. vers la P.C.C.)

ETUDE DES MALADES PRESENTANT UN RESULTAT MOYEN OU MEDIOCRE
APRES TRAITEMENT DE LA COLLECTION SURVENUE AU COURS D'UNE P.C.

Tableau n° 19

		Recul	Douleurs		Toxicomanie	Chute du poids	Diarrhée	Diabète Instable	Changement de Profession	Réintervention Chirurgicale
			Identiques	Moins Intenses						
Moyen (5)	Obsv. 60	6 mois		+					+	
	Obsv. 62	1 an		+			+			
	Obsv. 64	3 ans 1/2		+					+	
	Obsv. 75	18 mois						+		
	Obsv. 86	8 ans					+	+		
Médiocre (3)	Obsv. 70	5 ans	+				+			+ ✱
	Obsv. 73	6 ans	+			+	+			+ ✱
	Obsv. 78	8 ans		+	+					+ ✱

(✱)

Obsv. 70 : Pancréatectomie Gauche avec évolution vers la destruction pancréatique.

Obsv. 73 : 3 réinterventions. Splanchnicectomie et 2 exploratrices avec évolution vers la pancréatite scléro-rétractile empêchant tout acte thérapeutique.

Obsv. 78 : 1 réintervention. Splanchnicectomie gauche avec antro-jéjunostomie pour sténose de D. 2 (pancréatite scléreuse évolutive).

ETUDE DES MALADES PRESENTANT UN RESULTAT MOYEN OU MEDIOCRE APRES TRAITEMENT DE LA COLLECTION SURVENUE AU COURS D'UNE P.C.C.

REFLEXIONS SUR 101 CAS DE COLLECTIONS ENKYSTEES D'ORIGINE PANCREATIQUE

CONCLUSIONS

Nous venons de rapporter les faits constatés au cours de l'étude de 101 collections liquidiennes enkystées d'origine pancréatique résultant de l'analyse détaillée des 90 dossiers différents provenant du même auteur le Professeur Agrégé Maurice MERCADIER.

A nos yeux, deux types de collections s'opposent : d'une part, les collections intra-parenchymateuses qui s'observent surtout au cours des pancréatites chroniques et qui demeurent les plus fréquentes, d'autre part, les collections extra-parenchymateuses qui s'observent essentiellement au décours d'une crise de pancréatite aiguë.

I - ETIOLOGIE

Elle se confond avec celle des pancréatites et l'éthylisme demeure le facteur déclenchant essentiel de la maladie, principalement au cours des pancréatites calcifiantes tandis que la lithiase biliaire n'est qu'exceptionnellement observée.

Par contre, la constatation trois fois d'une plaie vasculaire à l'origine de la collection, achève d'imprimer une originalité parfois déroutante sur le plan diagnostique et thérapeutique à ces collections.

II - CARACTERES ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Ils ont ensuite été analysés ; d'abord à propos des pseudo-kystes intra-parenchymateux, puis à propos des pseudo-kystes extra-parenchymateux.

Ces caractères qui résultent des examens radiologiques per-opératoires sont essentiels à connaître afin de proposer le traitement qui convient le mieux à chaque collection. En voici les traits dominants :

1°- Les pseudo-kystes intra-parenchymateux sont tantôt communiquants et tantôt non communiquants avec le canal de Wirsung. A l'opposé, les pseudo-kystes extra-parenchymateux sont presque toujours exclus.

2°- Il n'existe pas de rapport entre le volume de ces collections et l'existence ou non d'une communication avec le canal de Wirsung.

3°- Les collections intra-parenchymateuses ont, lorsqu'elles sont communiquantes, le plus souvent un contenu clair, tandis que les collections extra-parenchymateuses ont, la plupart du temps, un contenu nécrotique alors qu'elles sont exclues.

Quant à notre seul cas de collection post-traumatique, il est à contenu clair et riche en enzymes bien qu'extra-parenchymateux et exclu radiologiquement.

4°- La collection peut, dans certains cas, envoyer des fusées à distance et, parmi celles-ci, nous avons observé deux cas de communication entre le pseudo-kyste et la plèvre gauche.

5°- Le retentissement de la collection sur les organes de voisinage :

- est presque constant sur le tractus digestif, comprimant ou refoulant le duodénum ou l'estomac avec dans certains cas une fistulisation dans un organe digestif,
- est moins fréquent sur les voies biliaires se traduisant le plus souvent par la découverte d'une vésicule distendue et parfois par le refoulement du cholédoque rétro-pancréatique par la collection,
- n'est pas exceptionnel sur le système porte lorsque la collection siège au niveau du corps ou de la queue de la glande et pouvant entraîner une hypertrophie de la rate et une accentuation de la circulation collatérale par l'intermédiaire d'une hypertension portale segmentaire.

III - ETAPE PRE-OPERATOIRE

Lorsque la collection survient au décours d'une crise de pancréatite aiguë, le contexte clinique permet assez facilement le diagnostic d'autant plus qu'il existe souvent une masse abdominale associée.

Lorsque la collection survient au cours d'une pancréatite chronique, le diagnostic est beaucoup plus aléatoire car la collection est le plus souvent petite et c'est ici que les examens radiologiques du tube digestif à la recherche d'une empreinte de la collection sur un organe de voisinage peuvent, dans certains cas, permettre de faire le diagnostic avant l'intervention.

En réalité, au cours des collections intra-parenchymateuses, c'est presque toujours au cours de l'acte opératoire que la collection est découverte.

IV - ETAPE OPERATOIRE

1°- La tactique chirurgicale a d'abord été étudiée.

Ainsi, après un temps exploratoire, le premier geste doit être celui des explorations radiologiques (kystographie, pancréatographie directe ou rétrograde, parfois descendante) afin de préciser les rapports de la collection avec le canal de Wirsung. A moins que la collection ne siège à la tête, l'opacification des voies biliaires est réalisée dans un deuxième temps. Lorsqu'il existe une hypertension portale segmentaire, une opacification per-opératoire du système porte avec prise des pressions est fort utile.

Au terme de ce bilan, on a une idée précise du siège de la collection, au dedans ou au dehors de la glande, de son caractère communiquant ou non, de son retentissement sur les organes digestifs, biliaires et veineux.

2°- Le traitement chirurgical proprement dit

Il ne semble pas y avoir de méthodes plus efficaces que d'autres. En effet, chaque méthode est satisfaisante à condition qu'elle soit appliquée avec une technique rigoureuse et au type de collection qui lui convient le mieux. Ainsi, on peut dire que :

- lorsque la collection est communiquante, il faut bien sûr, proscrire tout drainage externe et préférer le drainage par les voies naturelles, soit en dehors, soit en dedans, ou, à la rigueur, par kysto-anastomose.
- lorsque la collection est exclue du système excréteur de la glande, on a le choix, selon l'état général du malade, entre le drainage externe

direct et surtout les kysto-anastomoses qui ont été le plus souvent pratiquées.

- lorsque la communication ne peut pas être précisée en per-opératoire, soit que la poussée aiguë interdise les explorations radiologiques complémentaires, soit que l'état anatomique invite d'emblée à l'exérèse, la décision thérapeutique est fonction des conditions anatomiques locales et de l'état général du malade :

  - tantôt exérèse,
  - tantôt kysto-anastomose,
  - plus rarement, drainage externe s'il n'est pas raisonnable de prolonger l'acte opératoire en remettant à un deuxième temps une éventuelle exérèse d'amont.

De même, nous avons précisé le traitement lorsqu'il s'agit de pancréatites aiguës ou de pancréatites chroniques : comme on pouvait s'y attendre, les pseudo-kystes après pancréatites aiguës, souvent extra-parenchymateux, non communiquants, relèvent surtout des procédés de drainage externe et parfois de kysto-anastomoses, alors que les pseudo-kystes sur pancréatites chroniques font plus volontiers appel aux exérèses et au drainage du canal de Wirsung. Quant au seul cas de collection post-traumatique, il fut traité par kysto-duodénostomie.

Schématiquement, on voit que dans le meilleur choix thérapeutique interviennent à la fois le siège intra ou extra-parenchymateux, le caractère communiquant ou non de la collection et le type de la pancréatite qui lui a donné naissance.

V - MORBIDITE, MORTALITE ET RESULTATS

1°- Le taux de morbidité pour l'ensemble des 117 interventions pratiquées est de 9,7 %.

2°- Le taux de mortalité a été étudié par rapport aux 90 malades.

Il peut être évalué à :

- 5,55 % de mortalité post-opératoire immédiate presque toujours au décours d'une crise de pancréatite aiguë.
- 10 % de mortalité à distance concernent presque toujours des collections survenues au cours de pancréatites chroniques.

3°- Les résultats à distance.

Seuls ont été retenus les cas où le recul est largement supérieur à 3 ans, c'est-à-dire, un malade sur deux, dont il se dégage :

- 37,78 % de bons résultats
- 7, 78 % de résultats moyens
- 4, 44 % de mauvais résultats.

Si l'on compare la morbidité et la mortalité immédiates avec les résultats à distance, compte tenu de la mortalité, on note pour les collections survenues au décours de pancréatites aiguës, une fois passé le cap critique des premières semaines, un pronostic lointain excellent à l'exception des trois cas où l'évolution s'est faite vers la pancréatite chronique, tandis que les malades porteurs de collections survenues au cours de pancréatites chroniques ont des résultats lointains moins favorables, compte tenu des complications évolutives de la maladie.

En conclusion, si nous n'avons pratiquement jamais observé de récidives, à l'exception de 3 cas sur 101 collections, le pronostic lointain se confond avec celui de la pancréatite qui a présidé à sa constitution.

---oOo---

ANALYSE

DES

90 OBSERVATIONS

COLLECTIONS PANCREATIQUES

APRES CRISES DE PANCREATITE AIGUE

Observation n° 1

r. ALB. ... J., 38 ans, présente en 1949, soit 14 ans auparavant une crise douloureuse épigastrique mise sur le compte d'un ulcère du bulbe et traitée médicalement avec succès. En Août 1962, réapparition des crises douloureuses épigastriques irradiant vers l'épaule gauche. En Juin 1963, une crise très violente de l'hypocondre gauche avec sub-occlusion nécessite une hospitalisation : Hyper-amylasémie, surélévation de la coupole gauche. Une aortographie est pratiquée montrant un vide vasculaire avec refoulement de l'artère splénique et des vaisseaux mésentériques. Tentative de splénoportographie : injection directe dans le kyste.

- Intervention le 5 Août 1963 (P. Agr. MERCADIER) : très volumineux P.K. de l'arrière cavité intéressant la loge splénique avec prolongement dans la région coeliaque. Kystographie : Kyste non communiquant. Radiomanométrie pervésiculaire : passage cystique difficile à 40. Duodénotomie avec sphinctérotomie, et tentative de Ductographie infructueuse. Cholécystectomie. Evacuation après gastrotomie du P.K. dont le contenu est séro-hématique. On constate alors qu'il existe 2 poches, l'une supérieure répondant au P.K., l'autre inférieure vers le ligament gastro-hépatique. Une anastomose kystogastrique est impossible compte tenu de la friabilité de la paroi. Drainage externe par drain de Redon après fermeture de la gastrotomie. Drainage de l'hypocondre droit et autre drain au contact de la suture gastrique.
- Laboratoire : Liquide prélevé riche en enzymes pancréatiques.
- Suites troublées par une fièvre, une hyper-amylasémie persistante à 1.200 U.S. Décès au 21ème jour. Autopsie : nécrose quasi totale de la tête et de l'isthme, papille hémorragique, collection nécrotique et purulente péripancréatique fusant vers la loge splénique, le drain n'ayant sans doute pas été efficace.
- Intérêt de l'observation : Evolution inéluctable d'une pancréatite aiguë vers la pancréatite nécrotique avec pseudo-kyste de la loge splénique.

Observation n° 2

r. AST. ... P., 42 ans, présente le 24 Avril 1956 une crise douloureuse épigastrique transfixiante avec vomissements et sub-occlusion qui persistent 2 à 3 jours pour disparaître en 5 jours. Au 5ème jour apparaît une masse indurée épigastrique qui ne se modifiera plus. Le malade ne souffre plus et a grossi, mais il existe une modification du cadre duodénal . 7 semaines plus tard,

- Intervention chirurgicale le 4 Juin 1956 (P. Agr. MERCADIER) : P.K. de la partie inférieure de la tête en imminence de rupture. Feutrage dense du hile. Le pancréas est oedémateux. Kystographie : orange non communiquante. R.M. pervésiculaire : blocage du cystique obligeant à pratiquer une radiomanométrie par ponction cholédocienne : il n'existe pas d'obstacle. Cholécystostomie. Ouverture de la paroi antérieure du kyste qui occupe la partie inférieure de la tête et le tubercule caudé. Evacuation du sang et des débris sphacéliques. Drainage externe.
- Laboratoire : La biopsie pancréatique montre une pancréatite nécrosante et hémorragique, tout est cyto-stéatonécrose à l'état pur.
- Suites troublées par un état sub-fébrile pendant quelques jours. Suites à distance favorables.
- Intérêt de l'observation : Pseudo-kyste extra-pancréatique de la tête en imminence de rupture dans la grande cavité abdominale associé à un blocage du cystique sans anomalie biliaire. Malade perdu de vue.

Obersvation n° 3

r. BAL. ... R., 39 ans, ouvrier téléphoniste à la S.N.C.F. dont le début de la maladi remonte à 1952 (on parle alors de gastrite médicamenteuse) présente en 1954 de périodes douloureuses plus franches et se répétant tous les trois mois. En 195 s'installe pendant quelques semaines une diarrhée avec un décalage thermique. L'état général s'altère, le malade perd 19 Kgs. Hospitalisation en Décembre 19 voussure sous-costale gauche tandis que l'amylasémie est à 159 U.S. et qu'il existe une image de compression antro-bulbaire. La vésicule est distendue et l voie biliaire rétro-pancréatique invisible.

- Intervention le 30 Décembre 1959 (P. Agr. MERCADIER): liquide brunâtre dans le péritoine, énorme circulation collatérale surtout à gauche. Kystographie : P.K gros comme deux poings de la région sous-diaphragmatique gauche non communiqua Radiomanométrie pervésiculaire normale. Iléoportographie : exagération de la circulation collatérale. Duodénotomie : papille normale, on bute sur un obstac à 4 cms de la papille lors du cathétérisme du wirsung. On le franchit à force jusqu'à la poche kystique, ce qui est vérifié par pancréatographie rétrograde après ce forage. Drainage externe du P.K. par le cathéter wirsunguien. Cholécystostomie.
- Suites simples. En Juillet 1960, découverte d'un diabète équilibré avec 30 unités d'insuline. En 1961, réapparition des crises douloureuses abdominales avec subictère et selles diarrhéïques parfois graisseuses. En Avril 1964, ne souffre plus, travaille normalement, le poids est stable, la glycémie à 1,56 g
- Intérêt de l'observation : P.K. nécrotique volumineux en amont d'un obstacle d canal de wirsung. Résultat bon avec un recul de 5 ans. Le malade est perdu de vue depuis 2 ans.

Observation n° 4

me BOU.. R., 48 ans, ménagère, dont l'histoire clinique remonte à Avril 1953 par un subictère, une anorexie et une constipation, présente trois mois après un tabl clinique de cholécystite aiguë. Puis apparaît en Juillet une violente crise do loureuse abdominale avec vomissements, subocclusion et fièvre.

- Intervention en Juillet 1953 (Dr. BARDIER) : Liquide hémorragique dans la cavi péritonéale ; on évoque le diagnostic de cancer perforé de l'estomac du fait d l'existence d'un vaste empatement tout le long et en arrière de la petite cour bure depuis le deuxième duodénum jusqu'à la région coeliaque. On referme sans rien faire d'autre. Amélioration transitoire car la fièvre et l'altération de l'état général apparaissent ainsi qu'une masse épigastrique associée à une ple résie réactionnelle à gauche. Hospitalisation à PARIS du fait de l'apparition d'un état de dénutrition sévère avec fièvre.
- Intervention le 20 Août 1953 (P. Agr. MERCADIER) : faux kyste géant de l'arriè cavité : le P.K. est limité en avant par le petit épiploon et l'estomac, en haut par la coupole diaphragmatique, en bas par le mésocôlon rétracté, en arri re par les plans postérieurs. Il s'y associe une circulation collatérale et des taches de bougie tandis que la tête est ferme. Radiomanométrie pervésicu- laire : pas de lésion décelable et passage à 16. L'iléoportographie montre une circulation collatérale très accentuée. Duodénotomie et cholédocotomie néces- saires pour découvrir la papille qui est saine. Sphinctérotomie : pancréato- graphie rétrograde imparfaite car on bute à 5 cms sur un obstacle qui est franchi. Le wirsung est dilaté en amont de l'obstacle dessinant un "lac" de 5 cms de haut sur 3 cms de large. Drainage du wirsung sortant à la DOUBILET pa le cholédoque. Drainage du cholédoque par un drain transpapillaire. Il est im- possible de réaliser une kysto-jéjunostomie transmésocolique en raison de la rétraction du mésocôlon et de sa richesse vasculaire. Il apparaît illogique du fait d'un drainage à l'acmé du kyste et dangereux (anse devant l'estomac). Kystographie permettant l'aspiration de 3 litres de liquide blanc. Exploration au doigt du kyste dont les parois sont régulières. Les conditions anatomiques se prêtent donc à une seule kystogastrostomie transgastrique afin d'obtenir un drainage efficace.

- Suites simples : La malade sort à la troisième semaine. La malade a répondu au questionnaire de 1967. Elle ne souffre plus, ne prend aucun médicament, n'a pas de diarrhée et estime que l'intervention l'a améliorée totalement.
- Intérêt de l'observation : Pseudo-kyste géant extra-pancréatique non communiquant découvert 5 mois après une intervention exploratrice pour pancréatite aiguë méconnue à l'époque. Guérison par kysto-gastrostomie. Résultat à distance excellent avec un recul de 13 ans.

Observation n° 5

Mr. CARN. ... Ev., 63 ans, présente en Septembre 1958 de violents accès de douleurs épigastriques. Les examens complémentaires révèlent un élargissement du cadre duodénal. Dans les antécédents, on note un infarctus myocardique deux ans avant et un cancer de la prostate découvert trois mois auparavant. A l'examen, pas de masse.

- Intervention le 24 Octobre 1958 (P. Agr. MERCADIER) : la tête est triplée de volume avec discrète accentuation de la circulation collatérale sans grosse rate. Le corps et la queue sont fermes. R.M. pervésiculaire : passage à des pressions élevées (30) au niveau du cystique, mais V.B.P. normale. Kystographie transduodénale : image de collection intra-parenchymateuse céphalique non communiquante. Kysto-duodénostomie transduodénale faite sous le contrôle de la vue après incision de la muqueuse, la coque séparant la cavité de la lumière duodénale n'atteint que quelques millimètres d'épaisseur. Introduction de la sonde d'aspiration gastrique dans la cavité. Suture du duodénum en un point.
- Suites immédiates : insuffisance rénale sévère. Cholécystostomie.
- Suites à distance : malade perdu de vue.

Observation n° 6

Mr. CHAR. ... A, ans, présente en Mai 1963 une crise douloureuse abdominale violente à irradiation thoracique pendant deux jours. Les examens pratiqués révèlent un gros pancréas avec sténose pylorique. Ce diabétique bien équilibré est opéré le 7 Juin 1963, soit un mois après traitement par les anti-enzymes.

- Intervention le 7 Juin 1963 (P. Agr. MERCADIER). Diagnostic clinique : P.K. secondaire à un accès de pancréatite aiguë. Diagnostic opératoire : pancréatite aiguë nécrotique et hémorragique avec collection purulente rétrogastrique avec agglutination des anses jéjunales. Il existe des taches de bougie ainsi que de l'ascite associée à un bloc inflammatoire englobant les éléments de l'étage sus-mésocolique. Kystographie transgastrique : Kyste non communiquant. Radio-manométrie pervésiculaire : distension de la vésicule et de la V.B.P. avec calcul enclavé dans l'ampoule de Vater. Le pus s'écoule dès l'ouverture du hiatus de Winslow. L'état local invite à pratiquer un simple drainage externe sans abord du calcul. Cholécystostomie.
- Laboratoire : Au niveau des prélèvements effectués existe un tissu de nécrose adipeuse colonisé par des germes anaérobies secondaires à la nécrose pancréatique ou péri-pancréatique.
- Suites : La nécrose continue d'évoluer. Décès au 20 ème jour dans un tableau anurique.
- Intérêt de l'observation : Collection suppurée de l'arrière cavité, secondaire à une pancréatite aiguë elle même vraisemblablement provoquée par l'enclavement d'un calcul au niveau de l'ampoule de Vater.

Observation n° 7

Mr. COM. ... P., 46 ans, cultivateur, éthylique connu, présente en 1952 une crise douloureuse abdominale intense irradiant dans le dos et à gauche. Ces crises vont se répéter pendant 10 ans tout en s'aggravant et en s'associant à une

altération de l'état général avec amaigrissement. En 1962, le malade présente une pleurésie guérie médicalement. Mais il persiste en Septembre 1962 une opacité de la base gauche associée à une ascension de la même coupole.

- Intervention le 1er Septembre 1962 (P. Agr. MERCADIER) : Abcès de l'arrière cavité secondaire à une nécrose du corps du pancréas. Ponction par voie transgastrique, 3 litres de pus. Kysto-gastrostomie transgastrique après exploration de l'arrière cavité où une coque s'est organisée tapissant les éléments voisins de débris pancréatiques.
- Laboratoire : Culture d'entérocoques.
- Suites simples : Le malade a répondu au questionnaire de 1967. Il n'a plus de douleurs abdominales, a repris du poids et présente parfois de la diarrhée. Diabète connu, traité et équilibré.
- Intérêt de l'observation : P.K. suppuré secondaire à une nécrose partielle de la glande chez un éthylique. Résultat bon avec un recul de 4 ans.

Observation n° 8

Mr. COR. ... R., 34 ans, Chef Cuisinier de la Marine Marchande, éthylique, présente en 1957 un syndrome douloureux épigastrique à irradiations postérieures sans facteur déclenchant. Léger syndrome de rétention biliaire au cours d'une des crises qui durent de 15 jours à un mois sur un fond algique continu. Antécédent d'appendicectomie 9 ans auparavant pour des douleurs à localisation droite mais moins intenses. Pendant deux ans, des examens sont pratiqués : suspicion d'ulcère du bulbe, voies biliaires indemnes, amylasémie à 160 U.S., tubage duodénal récent : insuffisance trypsique. Pas de masse. Hospitalisé en Novembre 1959 : amylasémie 60 U.S.

- Une intervention exploratrice est alors pratiquée le 25 Novembre 1959 (P. Agr. MERCADIER) : P.K. nécrotique du corps du volume de deux points occupant la région coeliaque et fusant vers le médiastin sans tache de bougie. Le reste du pancréas est dur et hypervascularisé. Kystographie : fusée vers la tête et vers le médiastin d'un kyste non communiquant. Echec de ponction directe du wirsung. Radiomanométrie pervésiculaire : pas de lésion décelable. Pancréatographie rétrograde impossible car les instruments ne peuvent s'engager dans le wirsung. On pratique alors : une mise à plat de la collection avec drainage externe, une sphinctérotomie transduodénale, une cholécystostomie. Biopsie : les trois petits fragments considérés sont constitués par du tissu cellulo graisseux et du sang et l'aspect n'est pas non plus celui de taches de stéatonécrose.
- Suites troublées par de la fièvre et par une collection suppurée apparue vers la troisième semaine du fait du mauvais fonctionnement du drain et guérie par drainage au 30ème jour. Le malade a répondu au questionnaire de 1967 : il a recommencé à souffrir 3 ans après l'intervention, mais moins intensément qu'auparavant. Il a repris du poids qui s'est stabilisé à 64 Kgs. Il n'a pu être réembarqué dans la Marine Marchande, mais assure les mêmes fonctions à terre. Ce malade n'a pas de diabète et s'estime beaucoup amélioré.
- Intérêt de l'observation : Pseudo-kyste extra-pancréatique nécrotique du corps fusant vers le médiastin, traité par drainage externe. Ce résultat peut être considéré comme bon avec un recul de 7 ans.

Observation n° 9

Mr. DELV. ... A., 32 ans, présente en Septembre 1951 une douleur atroce épigastrique. Tableau de péritonite avec antécédents de douleurs épigastriques depuis l'âge de 20 ans, pliant le malade en deux, avec nausées, ayant nécessité plusieurs consultations médicales. Examen radiologique pratiqué : bulbite.

- Intervention le 3 Septembre 1951 (P. Agr. MERCADIER) avec le diagnostic d'ulcère perforé. On trouve en fait un P.K. rétrogastrique du corps infecté et perforé dans la grande cavité. Tête et queue sont légèrement augmentées de volume. Compte tenu de l'état général déplorable du malade, on se contente d'une mise à plat avec évacuation et drainage externe. Biopsie : les fragments de la coque du P.K. sont constitués par des plages de fibrine et des amas leucocytaires ; en aucun point on ne voit des cellules épithéliales.
- Suites simples. En 1958, soit sept ans plus tard : altération considérable de l'état général avec un tableau de suppuration associée à des hémorragies digestives.
- Intervention le 18 Juillet 1958 (P. Agr. MERCADIER) : P.K. intraparenchymateux de la tête avec déformations pseudo-kystiques de la tête associé à une circulation collatérale très accentuée. Le pancréas est dur et altéré en totalité. Les voies biliaires sont dilatées au-dessus du pancréas. Il existe une compression du deuxième duodénum par la masse. Tendance hémorragique importante. Cholécystostomie. Gastro-entérostomie.
- Suites : Choc hémorragique, quatre jours après défaillance cardiaque aiguë survenant après injection de novocaïne et de digitaline. Décès quatre heures plus tard.
- Intérêt de l'observation : Pseudo-kyste infecté perforé. Sept ans plus tard pancréatite scléreuse et tête bourrée de pseudo-kystes avec H.T.P. et compression duodénale. Décès par choc hémorragique et défaillance cardiaque aiguë au quatrième jour.

Observation n° 10

Mr. DESP. ... R., 51 ans, comptable, présente en 1946 un ictère inexpliqué. Quatorze ans plus tard, en 1960, il se plaint d'une douleur précordiale gauche avec malaise intense sans irradiations tandis que l'E.C.G. est normal. Trois mois plus tard, le malade souffre entre les deux omoplates et a maigri de 10 Kgs. Hospitalisation à VICHY : les examens sont négatifs tant radiologiques que biologiques. Décembre 1960, hospitalisation à CLERMONT-FERRAND puis en Février 1961 à PARIS. Diagnostic pré-opératoire : pancréatite avec distension de la voie biliaire principale associée à un amaigrissement important et une déformation de la partie interne du deuxième duodénum.

- Intervention le 15 Mars 1961 (P. Agr. MERCADIER) : pancréas altéré dans sa totalité, oedémateux et succulent, associé à une circulation veineuse accentuée. Il y a deux P.K., l'un céphalique intra-parenchymateux gros comme un poing, l'autre caudal gros comme une orange. La circulation veineuse est accentuée. Radiomanométrie pervésiculaire : existence d'un canal commun sans reflux. Kystographie céphalique : liquide clair, kyste communiquant. Kystographie caudale : liquide brun foncé, kyste non communiquant. Duodénotomie et sphinctérotomie associées à un cathétérisme du wirsung permettant un drainage externe transwirsunguien du kyste céphalique. Drainage du cholédoque. Ponction évacuatrice et drainage externe du P.K. caudal. Cholécystostomie
- Suites troublées par un abcès de paroi et une fistule biliaire tarie spontanément huit mois plus tard. En Mai 1962, soit 14 mois après réintervention (P. Agr. MERCADIER) : pancréas altéré dans sa totalité et hypertrophique, le cholédoque sus-pancréatique est de la taille du médius. La radiomanométrie pervésiculaire confirme ces données ainsi que l'existence d'un blocage rétro-pancréatique. Duodénotomie : on retrouve facilement la région papillaire et la sphinctérotomie est restée béante. Cholécysto-duodénostomie en attendant de pratiquer une exérèse étendue.

- Suites : Persistance des douleurs avec diabète et toxicomanie morphinique. En 1963, subit une désintoxication, a repris 2 Kgs mais continue à souffrir. On envisage l'exérèse. Troisième intervention le 13 Novembre 1963 (P.Agr.MERCADI Pancréatectomie sub-totale par section du parenchyme à deux travers de doigt du duodénum associée à une splénectomie du fait de l'existence d'une hyperten sion portale segmentaire.
- Laboratoire : Fibrose dense avec intégrité relative des îlots, dilatation des canaux qui sont comblés par des débris mucoïdes.
- Suites médiocres : Equilibre glucidique instable (glycémie à 3,20 gr. et 0,50 gr.) avec coma hypoglycémique le deuxième jour. Diabète ultérieur équili bré avec 20 unités d'insuline. Le malade reste fatigué et se plaint de douleu dorsales identiques à celles du début. Décès en Mai 1965 des suites de sa mal die pancréatique.
- Intérêt de l'observation : pancréatite subaiguë avec double formation pseudo-kystique, l'une nécrotique caudale, l'autre d'allure rétentionnelle au niveau de la tête. Evolution en deux années vers la pancréatite scléreuse hypertro-phique malgré une sphinctérotomie restée perméable. Exérèse presque totale. Amélioration médiocre. Décès deux ans après la dernière intervention des suite de sa maladie pancréatique (accident hypoglycémique probable).

Observation n° 11

Mr. DUB. ... M., 32 ans, éthylique connu, présente le 11 Juillet 1956 une violente douleur épigastrique sans irradiation associée à un collapsus. Hyper-amylasém Traitement médical (Creteil) : mais les douleurs persistent entraînant une restriction alimentaire et un amaigrissement. Nouvelle hospitalisation : les clichés montrent un refoulement en avant de l'estomac et un abaissement de l'angle colique gauche. Une hématémèse survient de moyenne abondance le 11 Août 1956. Apparition d'une masse sensible de l'hypocondre gauche s'enfonçant sous les fausses côtes.

- Intervention le 17 Août 1956, soit cinq semaines après le début des troubles (P. Agr. MERCADIER) : P.K. extra-pancréatique de la région corporéo-caudale avec grosse rate et circulation collatérale importante. L'estomac est refoulé et tiré par la masse géante qui remonte sous la coupole gauche et descend jus qu'à la partie moyenne de la cavité abdominale. Kystographie : cavité comblée par des caillots. Radiomanométrie pervésiculaire : pas d'anomalie. Iléoporto-graphie : pression à 27 cms d'eau, hypervascularisation dans le territoire porte sans image visible du tronc porte. Duodénotomie et pancréatographie rétrograde : on franchit à force un obstacle sur le wirsung ramenant un liquide brunâtre, mais on n'aboutit pas dans la cavité. Kystogastrostomie transgastrique après évacuation des caillots. Drainage du wirsung sortant à l Volcker.
- Suites simples.
- Intérêt de l'observation : P.K. nécrotique hémorragique chez un éthylique ave foie normal et H.T.P. importante expliquant l'hématémèse présentée par le malade. Notion d'un obstacle sur le canal de wirsung qui a été franchi mais ne donnant pas accès à la cavité pseudo-kystique. Malade perdu de vue.

Observation n° 12

Mr. GRE. ... E., 51 ans, ajusteur à la S.N.C.F. présente en 1957 une violente dou-leur épigastrique de l'hypocondre droit avec fièvre et peut-être impression d masse sous la paroi. Amylasémie à 50 U.S. Examen R. X. : empreinte sur le bord interne du bulbe avec V.B.P. non injecté. Calcification de la tête. Une

nouvelle crise survient un mois après, avec amaigrissement de 21 Kgs conduisant à l'intervention.

- Intervention le 5 Décembre 1957 (P. Agr. MERCADIER) : P.K. céphalique gros comme un poing extra-pancréatique limité en bas par le côlon transverse. Altération et atrophie au niveau du corps qui adhère à l'estomac et de la queue. Pas de taches de bougie, mais il existe 200 cm3 de liquide sanglant dans le péritoine. Compte tenu de l'acuité de la poussée, aucun examen radiologique n'est pratiqué. Ouverture et évacuation du P.K. Drainage externe. Cholécystostomie.
- Laboratoire : Foie normal ; la biopsie pancréatique révèle une sclérose mutilante où ne subsistent que de rares îlots et quelques acini dédifférenciées.
- Suites simples : A distance le malade se dit très amélioré mais les douleurs de l'hypocondre droit persistent. Il a repris 13 Kgs grâce à des conseils diététiques et aux extraits pancréatiques. En Août 1959 : amaigrissement de 10 Kgs, réapparition de violentes douleurs rebelles. Le malade est réformé de la S.N.C.F. En 1967, on a de ses nouvelles indirectement : amaigrissement, douleurs rapprochées.
- Intérêt de l'observation : P.K. nécrotique céphalique extra-pancréatique s'associant à une pancréatite scléro-atrophique d'amont (cas exceptionnel) et vérifié histologiquement, réalisant une poussée aiguë sur une pancréatite scléreuse. Echec du traitement chirurgical deux ans et demi plus tard lorsque le malade est perdu de vue.

Observation n° 13

r. HAM. ... B.G., 40 ans, dont l'histoire clinique n'a pu être reconstituée, est opéré le 29 Décembre 1958 (P. Agr. MERCADIER) avec le diagnostic de pseudo-kyste pancréatique. En effet, il existe radiologiquement une déformation du cadre duodénal, un angle de Treitz abaissé et un refoulement de l'antre gastrique sur le profil associé à une image suspecte d'ampullome sur le deuxième duodénum ou bien de la papillite hypertrophique. 20 000 globules blancs. Amylasémie à 32 U.S.

- A l'intervention : taches de bougie, liquide sanglant dans le péritoine. P.K. nécrotique de l'arrière cavité tandis que les voies biliaires sont d'aspect normal et qu'il existe une pédiculite importante. Devant l'importance des lésions, on n'a recours qu'à une simple ponction évacuation du kyste (caillots et débris sphacéliques) puis à une kystographie ne montrant pas de communication avec le canal de wirsung. Kysto-gastrostomie par voie transgastrique.
- Laboratoire : nécrose primitive hémorragique des fragments pancréatiques et épiploïques prélevés.
- Suites troublées par une désunion de la suture gastrique.
- Réintervention 15 jours plus tard : suture de la brèche postérieure de l'estomac. Cholécystostomie. Les prélèvements du pancréas montrent alors une nécrose tissulaire massive. Dans les suites opératoires, lâchage de suture : fistule gastrique et pancréatique et mort par hémorragie distillante par son drain. Il n'a pas été pratiqué d'autopsie.
- Intérêt de l'observation : Pancréatite nécrotique et hémorragique avec lésion irréversible confirmée histologiquement réalisant un infarctus total de la glande avec formation pseudo-kystique caractéristique. L'image suspecte au niveau de la papille n'a jamais pu être vérifiée.

Observation n° 14

r. HAR. ..., 38 ans, éthylique, maçon, a présenté à l'âge de 20 ans, un syndrome abdominal aigu, douloureux, ayant entraîné à TOULON une intervention pour

perforation d'ulcère. Accalmie pendant un an puis réapparition des douleurs ave échec du traitement anti-ulcéreux.

- En Février 1966, intervention à BAYEUX qui aurait fait découvrir une pancréatit chronique. En Mai 1966, des douleurs d'un type nouveau apparaissent sans périodicité, sous-costales gauches, sans troubles du transit ni vomissements. Les crises se rapprochent et gagnent en intensité. Une crise violente survient en Juin 1966 avec hyperamylasémie (343 U.S.). Traitement par les anti-enzymes.
- Nouvelle intervention (Dr LAVARDE) le 6 Juillet 1966 : noyau induré de la tête du pancréas avec pancréatite chronique. Gastro-entérostomie rétro-mésocolique après échec d'une tentative de splanchnicectomie.
- Réintervention le 9 Septembre : splanchnicectomie gauche par voie lombaire entraînant une nette amélioration clinique. Un mois plus tard : amaigrissement important, les douleurs ont repris très violentes, l'amylasémie est élevée. Les examens radiologiques montrent un refoulement de l'estomac avec empreinte sur l grande courbure, tandis qu'est apparu un épanchement pleural gauche. Cet épanchement est ponctionné, il est clair, riche en amylases (1835 unités) il contient 91 % de polynucléaires neutrophiles et en poussant l'aiguille un peu plus loin, on a la sensation de perforer une coque tandis que l'on ramène un liquide brunâtre hématique paraissant être le liquide même d'un faux kyste. Kystographi par voie transpleurale montrant l'image d'un très gros pseudo-kyste avec quelqu fusées. L'intervention est alors décidée (P. Agr. MERCADIER) le 30 Novembre 196 avec le diagnostic clinique d'abcès de l'arrière cavité secondaire à une pancréatite nécrotico-hémorragique. A l'intervention, on découvre une collection suppurée de l'arrière cavité des épiploons dont le point de départ est une pancréatite nécrotique hémorragique en voie d'évolution scléreuse. A l'ouverture, liquide séro-hématique en assez grande abondance avec présence de taches de cytostéatonécrose au niveau du péritoine et surtout des épiploons. Le foie est normal et la vésicule distendue, sans calcul. Il existe un bloc duodénopancréatique augmenté de volume avec un parenchyme oedémateux et ferme. Radiomanométrie pervésiculaire : on doit monter à 40 pour remplir la vésicule. Blocage cystique. Nouvelle tentative réussie percystique : pression de passage normale, passages oddiens à 14, résiduelle à 12. Région ampullaire normale sans reflux wirsunguien. Décollement duodéno pancréatique. Duodénotomie sur D 2. : exposition de la papille avec introduction d'une sonde de polythène de moyen calibre dans le canal et injection de 2 cc. de diodone. Le canal pancréatique principal est normal et ne communique pas avec la collection car l'injection s'arrête à 1 cm. de celle-ci. Fermeture du duodénum après avoir retiré le cathéter. Cholécystostomie. Séparation du foie de l'estomac, effondrement du petit épiploon, décollement du mésogastre postérieur. Evacuation de la collection nécrotique abcédée et splénectomie plus hémipancréatectomie gauche. Hémostase satisfaisante. Drainage par un drain de Redon et un gros drain dans la loge.
- Laboratoire : l'extrémité gauche du pancréas est largement adhérente à la rate par l'intermédiaire d'un tissu scléreux. La glande mutilée par la sclérose renferme des kystes à contenu nécrotique, éosinophile, bordés d'un tissu conjonctif englobant des foyers hémorragiques et des amas pigmentaires. A la partie droite de la glande, le parenchyme est littéralement entouré d'une épais gangue scléreuse avec des zones nécrotico hémorragiques. Cette sclérose pénètre la glande en la mutilant discrètement.
- Les suites sont troublées par un état sub-fébrile au 15ème jour : évacuation d'une collection suppurée pariétale. Sortie au bout d'un mois en très bon état général. Le malade a repris du poids, est apyrexique et ne souffre plus.
- Intérêt de l'observation : Il s'agit d'une collection suppurée de l'arrière cavité des épiploons secondaire à une pancréatite nécrotite hémorragique en voie d'évolution vers la sclérose. Il s'agit donc d'un pseudo-kyste extra

pancréatique non communiquant traité par résection du pancréas d'amont et mise à plat de la cavité.
- Le recul est actuellement insuffisant pour permettre une appréciation définitive.

Observation n° 15

. LEC. ... L, 34 ans, est hospitalisé le 28 Janvier 1955 pour parotidite ourlienne bilatérale non compliquée. Trois semaines plus tard, apparition d'une éruption purpurique sur la face dorsale des deux pieds, associée à des arthralgies au niveau des articulations des deux membres et à une asthénie. L'éruption s'étend les jours suivants, température à 38°. Traitement par les corticoïdes, les antibiotiques et les salycilés, après avoir porté le diagnostic de purpura rhumatoïde. Entre temps sont apparues des douleurs abdominales vagues entraînant l'arrêt de la cortisone. L'état articulaire s'améliore mais la fièvre persiste et la douleur abdominale s'accentue dans l'hypocondre gauche avec défense localisée.
- Intervention le 31 Août 1955 (P. Agr. MERCADIER) soit deux mois après le diagnostic de pancréatite : P.K. contenant du liquide séropurulent et de siège rétrogastrique. Kystographie : pas de communication avec le wirsung. Cholangiographie per-vésiculaire : arbre biliaire intact mais pédiculite importante. Compte tenu du fait qu'il existe une rupture à la jonction du corps et de la queue du pancréas, on pratique un drainage externe de la poche qui contient des débris nécrotiques. Cholécystostomie.
- Laboratoire : Foie normal. Les fragments de P.K. sont faits de tissu autolysé non identifiable.
- Suites : Réapparition transitoire du purpura rhumatoïde. Guérison.
- Suites à distance : Bon résultat, mais le malade refuse tout examen de contrôle et n'a pas répondu au questionnaire.
- Intérêt de l'observation : P.K. nécrotique chez un malade présentant un purpura rhumatoïde et des antécédents de parotidite ourlienne. Bon résultat mais malade perdu de vue depuis 3 ans.

Observation n° 16

. LEMA. ... R., 45 ans, éthylique connu, fait en Août 1961 une crise de pancréatite aigüe associant douleurs épigastriques et collapsus. Traitement médical mais réapparition de crises douloureuses moins intenses sans périodicité avec subictère. Six mois plus tard, apparition d'une masse sous costale gauche sensible à la suite d'une crise douloureuse intense. Compression de l'estomac sur les R.X. Amylasémie à 62 U.S.
- Intervention le 14 Mars 1962 (P. Agr. MERCADIER) Diagnostic clinique : P.K. nécrotique chez ce malade ayant présenté deux crises de pancréatite aigüe. Diagnostic opératoire : P.K. nécrotique du corps et de la queue sans altération du pancréas d'aval. Kystographie : collection grosse comme deux poings. Radiomanométrie pervésiculaire : passage à des pressions considérables (40), existe une dyskinésie entre le col et le cystique. Le kyste n'est pas communiquant. Kystogastrostomie transgastrique au point déclive, après évacuation du contenu nécrotique. Cholécystostomie.
- Suites simples - Réintervention le 16 Janvier 1964 (P. Agr. MERCADIER) pour cure d'une éventration : le corps du pancréas est modérément altéré, la tête est dure, les lésions ne justifient pas une exérèse. Réhospitalisation en 1966 : Depuis un an le malade souffre de nouveau et vomit après le repas. A l'examen radiologique il existe une sténose pylorique. Réintervention le 5 Mai 1966 (P. Agr. MERCADIER) : Pancréas altéré en totalité surtout au niveau de la tête et de la queue, mais paradoxalement, il n'existe pas de compression au niveau du pylore.

Radiomanométrie pervésiculaire : dyskynésie cystique. Cholécystectomie. Gastr entérostomie transmésocolique. A la suite de cette réintervention, le malade est très amélioré mais se plaint de douleurs plus intenses qu'avant l'ibter-vention, a de la diarrhée de façon intermittente, mais a repris du poids. Pas de diabète connu.

- Intérêt de l'observation : P.K. chez un éthylique succédant à deux crises de pancréatite aigüe. Dyskinésie entre le col de la vésicule et le canal cystiqu Réintervention deux ans plus tard avec évolution vers la pancréatite scléreus Résultat moyen avec un recul de 5 ans.

Observation n° 17

Enfant MER. ... A., 10 ans, présente le 10 Juillet 1957 une douleur brutale de l'abd men associée à des vomissements contenant du sang. Il s'agit d'un tableau d'o clusion sans fièvre associé à une leucocytose à 25.000 globules blancs. Six jours après, la douleur disparait ainsi que le syndrome occlusif. Le 21 Juill deuxième crise identique. Le 24, soit 14 jours après les premiers signes, ap-parition d'une tuméfaction mate sus-ombilicale sensible qui augmente de volum de jour en jour. L'amylasémie est à 755 U.S. de même qu'il existe une hyper-leucocytose à 15.000 globules blancs.

- Intervention le 30 Juillet (P. Agr. MERCADIER) : P.K. gros comme une tête d'enfant de la région corporéo-caudale refoulant l'estomac en avant et associ à une pancréatite nécrotique sans taches de bougie. Il existe une nécrose qua totale de la glande. Kystographie transgastrique : P.K. non communiquant. Rad manométrie pervésiculaire : blocage au niveau du cystique, mais passage à 30. Duodénotomie et sphinctérotomie avec tentative infructueuse de pancréatograph rétrograde. Ouverture et évacuation du kyste par voie transgastrique : 1 litr de caillots associés à des débris sphacéliques du corps et de la queue sont évacués. Kysto-gastrostomie transgastrique : On réussit ensuite à introduire à force un drain dans le wirsung. Sphinctéroplastie.
- Laboratoire : Nécrose et tissus pancréatiques prélevés et oddite scléreuse.
- Suites très simples. Guérison
- Intérêt de l'observation : Guérison d'une pancréatite aigüe nécrotique chez une fillette de 10 ans avec volumineux P.K. et atteinte importante de la glan associée à une oddite.

Observation n° 18

Mr. MIF. ... A., 56 ans, éthylique, présente en 1960 alors qu'il se trouve au CONGO, des crises douloureuses épigastriques. Ce malade est un gros mangeur. Le 10 Août 1963, apparition d'une douleur épigastrique irradiant à gauche continue, intense, à la suite de l'absorption de deux whiskies au cours du repas. Météo risme abdominal, arrêt des matières et des gaz, urine foncée et fièvre à 38. Traitement médical par aspiration gastroduodénale, antibiotiques et zimofren (l'amylasémie était à 950 unités). Ces douleurs s'estompent en 48 heures mais le malade reste balloné tandis que le 3ème jour, une reprise de l'alimentatio se solde par des vomissements noirâtres associés à un net subictère. 8 jours après, le transit se rétablit mais apparaissent des troubles psychiques as-sociés à une hyper azotémie à 2,80 gr. Le 20 Août, réapparition des douleurs épigastriques avec syndrome de rétention biliaire. Le malade quitte le CONGO pour PARIS. Hospitalisation à PARIS où un traitement médical est entrepris. L examens radiologiques révèlent un cadre duodénal élargi. L'examen biligra-phique ne montre pas d'opacification et l'examen du thorax révèle une opacité de la base gauche. L'ictère décroit et la douleur abdominale s'estompe ; le malade peut alors quitter l'hôpital. Réhospitalisation un mois plus tard pour

un épanchement pleural gauche associé à une masse abdominale épigastrique et sous-costale évoquant un pseudo-kyste du pancréas. La veille de l'intervention, poussée thermique et douloureuse au niveau de l'hypocondre droit.

- Intervention le 11 Octobre 1963 (Dr. PERNOD) : il existe un pseudo-kyste extra pancréatique de 3 litres entre l'estomac, la rate et la partie gauche du colon se prolongeant loin à droite et en arrière de l'estomac et loin au bas jusqu'au contact du génu-supérius refoulant le mésocolon. La masse est abordée à son point déclive par voie sous mésocolique à gauche du génu-supérius en traversant le mésocolon. 3 litres de pus et de sphacèle s'écoulent à l'ouverture de la cavité. Ce pseudo-kyste ne semble pas communiquant. Il y a une fusion intense avec début vraisemblable de fistulisation dans la première anse grêle au pôle inférieur de la masse. On coupe le grêle à ce niveau par double section emportant la zone de fistulisation et l'on réalise une kysto-jéjunostomie sur anse montée en Y. Cholécystectomie pour cholécystite lithiasique aigüe. La voie biliaire principale est normale (radiomanométrie effectuée). Bref, il s'est agit d'une fistule du grêle aboutissant à une péritonite localisée.
- L'examen histologique de la vésicule montre l'existence d'une cholécystite avec péricholécystite subaigüe sur vésicule bourrée de calculs.
- Les suites sont simples et le malade sort trois semaines plus tard. Réhospitalisation à la suite de l'apparition d'un ictère sans douleur et d'une image lithiasique du bas cholédoque obligeant à une réintervention le 24 Mars 1966 (Dr. HEPP) : on réalise l'extraction de calculs par voie transphinctérienne combinée à une cholédocotomie : il existe deux calculs dans l'ampoule de Vater. Drain en T dans le cholédoque. Sortie de l'hôpital au 15ème jour.
- Intérêt de l'observation : Il s'agit d'un volumineux pseudo-kyste extra-pancréatique de l'arrière cavité des épiploons à contenu purulent et fistulisé dans la première anse jéjunale. Il faut noter l'existence d'une lithiase biliaire associée. Le résultat est à considérer comme bon avec un recul de 6 ans après la découverte du pseudo-kyste.

Observation n° 19

Mr. NAZ. ... A., 43 ans, qui travaille dans les Contributions Indirectes, éthylique discret, se plaint depuis longtemps d'épisodes diarrhéïques et présente en Mars 1961 des crises douloureuses épigastriques irradiant en arrière et dans les deux hypocondres, les deux épaules surtout à gauche, crises très intermittentes mais calmées par l'aspirine. Un an plus tard, on note l'existence d'une masse de l'hypocondre gauche débordant l'ombilic et refoulant l'estomac associé à un amaigrissement.

- Intervention à ST-QUENTIN le 21 Avril 1962 : P.K. contenant deux litres de liquide brunâtre kysto entéro anastomose sur anse en Y.
- Suites simples : reprend 10 Kgs, mais souffre toujours, moins intensément cependant. Fin 1962, apparition d'un épanchement pleural bilatéral surtout important à gauche. L'épanchement pleural gauche est récidivant, nécessitant trois évacuations successives, il est hémorragique et riche en enzymes pancréatiques (26.500 unités). La glycémie est à 1,20 gr. En Avril 1963, l'injection de lipidiol dans la plaie n'objective pas de fistule abdomino-thoracique. L'amylasémie est à 335 U.S. et chute à 175 U.S. après traitement par les antitrypsiques.
- Intervention le 22 Mai 1963 (P. Agr. MERCADIER) : P.K. extra-pancréatique de la région coeliaque avec H.T.P. manifeste mais paradoxalement petite rate. Taches de cyto - stéatonécrose. Pancréas scléro-hypertrophique dur en totalité. Kystographie : liquide brunâtre, la collection fuse dans le médiastin postérieur et communique avec la plèvre gauche, injection des segments distaux et proximaux du canal avec passages duodénaux normaux. R.M. pervésiculaire : pas d'anomalie

si ce n'est un canal commun sans reflux. Iléoportographie : distension veineus de la partie droite de l'abdomen. Sphinctérotomie et drainage de la collection par un catheter wirsunguien extériorisé à la Volcker.

- Laboratoire : Au niveau du prélèvement, il ne s'agit pas de cytostéatonécrose mais de panniculite subaigüe, phénomène inhabituel au cours de pancréatites aigües. Examen des liquides kystiques : 75.000 U.W.
- Suites Opératoires troublées par des douleurs identiques aux douleurs pré-opératoires.
- Suites à distance : 1964, le malade souffre moins, mais des crises surviennent tous les 3 mois durant 36 heures environ. L'amylasémie est à 250 U.S., la glyc mie à 1,40 gr. En 1966 : le malade estime que l'intervention l'a un peu amélio ré, il souffre moins intensément, a de la diarrhée et ne supporte pas les graisses, toxicomanie. Il utilise le zymofren en intraveineux pour calmer ses douleurs. Pas de diabète connu et n'a pas changé de profession.
- Intérêt de l'observation : Poussée aigüe sur pancréatite scléro atrophique dif fuse avec existence d'une communication entre le P.K. extra pancréatique et la plèvre gauche. Résultat moyen à distance avec un recul de 3 ans et demi.

Observation n° 20

Mme PAT. ... L., 51 ans, sans profession, présente en 1950 des crises douloureuses épigastriques transitoires isolées. Les examens radiologiques pratiqués sont négatifs. De 1951 à 1961, plusieurs crises douloureuses localisées à l'épigast et à l'hypocondre droit persistent, survenant tous les deux ans sans facteur déclenchant avec accalmie entre les crises. Ces crises durent 3 à 12 heures. E Janvier 1961, une crise violente s'associe à des vomissements partant de l'hy-pocondre gauche. Laparotomie exploratrice : pancréas turgescent avec taches de bougies diffuses, vésicule et voies biliaires normales. Depuis Avril 1961, ré-pétition de plus en plus fréquente des crises avec irradiations dorsales. Exa-men : asthénie, grosse vésicule avec V.B.P. grêle, ouverture de l'angle gastri Le 8 Octobre 1961, phlébite superficielle du membre inférieur gauche. Découver d'une masse non indurée de l'hypocondre gauche. Amylasémie à 520 U.S.

- Intervention le 31 Octobre 1961 (P. Agr. MERCADIER) : Pseudo-kyste intermédiai avec altération de la queue du pancréas. Il s'agit d'un pseudo-kyste extra-pancréatique non communiquant (kystographie) associé à une pancréatite nécroti avec intégrité du reste du pancréas et des voies biliaires. Radio-manométrie pervésiculaire. On pratique après évacuation du contenu clair du P.K. tapissé débris nécrotiques. Pancréatectomie d'amont associée à une splénectomie et emportant la collection. Cholécystostomie.
- Suites troublées par une hyperthermie ayant cédé sous propidon.
- Laboratoire : liquide kystique riche en enzymes pancréatiques tandis que l'exa men de la pièce révèle une pancréatite scléreuse diffuse avec métaplasie lan-gerhansienne des ilots. Amélioration nette. La malade a répondu au questionnai de 1967. Elle présente épisodiquement des douleurs abdominales attribuées à un "entéro-colite". Pas de diarrhée mais constipation. Elle a repris du poids.Il n'y a pas de diabète connu. Elle estime que l'intervention l'a beaucoup amélio rée.
- Intérêt : Il s'agit d'une évolution progressive à partir de l'épisode de pan-créatite aigüe vers la pancréatite scléreuse par l'intermédiaire d'un pseudo-kyste. Résultat à classer comme bon avec un recul de 5 ans.

Observation n° 21

Mr. PLAN. ... R., 42 ans, ouvrier d'usine, présente en 1958 un tableau de cholécystit aigüe avec ictère ayant entraîné une cholécystectomie pour phlegmon vésiculair

à Clermont-Ferrand le 13 Octobre 1958. Un an plus tard, apparition d'une crise douloureuse de l'hypocondre gauche irradiant dans l'épaule homolatérale et en arrière. Douleur de type différent de celle d'il y a un an. Altération de l'état général, fièvre, vomissements, subictère. En Janvier 1960, le malade étant à PARIS : douleur à la palpation sous-costale gauche et épigastrique, pas de masse mais amaigrissement et amylasémie à 512 U.S. Elargissement du cadre duodénal. 5.000 globules blancs.

- Intervention le 21 Janvier 1960 (P. Agr. MERCADIER) : Diagnostic clinique : pancréatite subaigüe. Diagnostic opératoire : P.K. nécrotique pré-pancréatique avec sphacèle superficielle de l'isthme et de la queue. Evacuation lère du P.K : liquide séro-hématique et débris sphacéliques. Pas de kystographie. Radiomanométrie : distension de la V.B.P. avec arrêt au niveau du bas cholédoque. Duodénotomie. Pancréatographie rétrograde normale : le kyste est non communiquant. Sphinctérotomie alors que la papille est normale, étendue vers le haut et drainage du canal de wirsung. Drainage externe du kyste après mise à plat.
- Laboratoire : Coque scléreuse peu inflammatoire organisée autour des foyers de saponification.
- Suites troublées par une suppuration au niveau du drainage du P.K. Guérison. Le malade a répondu au questionnaire de 1967 : il n'a plus souffert depuis l'intervention, n'a pas de diarrhée, a repris du poids et n'a pas changé de profession. Il ne suit aucun traitement et estime que l'intervention l'a beaucoup amélioré. Le résultat peut être considéré comme excellent avec un recul de 6 ans.
- Intérêt de l'observation : notion d'un antécédent opératoire pour lithiase vésiculaire deux ans auparavant.

Observation n° 22

Mr. PLAN. ..., 57 ans, chef de travaux à l'école d'agriculture, présente en 1960 des crises douloureuses violentes de l'hypocondre droit sans irradiation, accompagnées de vomissements violents et de syncopes. Anémie à 1.640.000 globules rouges plus méloena. On porte en province le diagnostic d'infarctus du myocarde atypique. Un traitement anti-coagulant est institué. Accalmie des douleurs. Octobre 1961 : survient une 2ème crise douloureuse de l'hypocondre droit. On découvre alors une masse épigastrique et une anémie à 2.750.000 s'associant à un méloena. Les examens radiologiques révèlent un refoulement à gauche de l'estomac par une masse médiane. Le malade est hospitalisé à PARIS fin 1961. On pratique alors une laparoscopie qui révèle un doute sur la nature hépatique de la masse. A la Gammagraphie elle ne fixe pas les radio-éléments.

- Intervention le 22 Décembre 1961 (P. Agr. MERCADIER) : il faut noter un collapsus cardio-vasculaire en début d'intervention qui est maîtrisé par la néosynéphrine. Il existe un pseudo-kyste gros comme une tête d'adulte de l'arrière cavité des épiploons saillant au-dessus de la petite courbure et refoulant l'estomac en avant. Cette masse s'étend jusqu'au rachis et plonge en arrière dans la région rénale. Il existe des taches de cytostéatonécrose et une réaction oedémateuse diffuse de tout l'étage sus-mésocolique. La vésicule est flasque et plate. Kystographie : collection présentant un prolongement vers le 2ème duodénum et semblant se diriger et même constituer le canal de wirsung. Radiomanométrie pervésiculaire : distension de la totalité de l'arbre biliaire au-dessus de la région oddienne où le passage ne se fait qu'à 35. Duodénotomie : repérage aisé de la papille mais difficulté considérable de cathetérisme rétrograde du canal de wirsung. Sphinctérotomie. On réussit à passer une sonde dans le canal de wirsung et à inciser sur 8 mm le "sphincter d'oddi épaissi". On découvre l'embouchure cholédocienne et l'embouchure du wirsung, on met en place un drain de polythène dans le wirsung. Drainage transpapillaire du wirsung. Pancréatographie rétrograde : injection du canal qui ne semble pas communiquer facilement

avec la collection. Cholécystostomie. En conclusion, il existe un pseudo-kyste en pleine poussée évolutive.

- Les suites sont simples, mais en 1962, un nouveau méloena apparaît. Le malade perd 2 Kgs en 2 mois. Il faut noter un subictère conjonctival associé à un éta nauséeux et à une anorexie.
- Réintervention le 30 Novembre 1962 (P. Agr. MERCADIER) : on porte alors le diagnostic de cyadéno-carcinome pancréatique du volume d'une tête d'adulte. Il existe une masse charnue non kystique refoulant l'estomac vers le haut, recouverte par le grand épiploon avec accentuation très importante de la circulatio collatérale. Incision de la coque de la collection, il s'écoule des débris encéphaloïdes et du sang. L'examen histologique révèle une tumeur conjonctive dense. Il s'agit d'un fibrome envahissant ou d'un fibro-sarcome morphologiquement malin.

Observation n° 23

Mme PON. ..., ..., dont l'histoire n'a pu être reconstituée avec certitude, est opéré au décours d'une crise de Pancréatite aigüe ayant entraîné l'apparition d'une masse de l'hypocondre gauche.

- A l'intervention (P. Agr. MERCADIER), le pancréas est dur en totalité, inflammatoire avec pancréatite nécrotico hémorragique distale et volumineux P.K. intra-pancréatique de la queue. Radiomanométrie pervésiculaire : pas d'anomali Ce P.K. n'est pas communiquant (Kystographie). On fait une Pancréatectomie gauche plus une splénectomie emportant le P.K.
- Suites favorables
  Malade perdue de vue.

Observation n° 24

Mr. PYS. ... A., 37 ans, est hospitalisé à PARIS en Juin 1959 pour un amaigrissement de 7 Kgs en six mois, associé à une anorexie, à des douleurs épigastriques ave vomissements. En Octobre 1959, nouvelle hospitalisation : amylasémie à 235 U.S déformation du cadre duodénal avec refoulement du segment terminal de la grand courbure.

- Intervention le 18 Novembre 1959 (P. Agr. MERCADIER) : pancréatite subaiguë en voie de résolution, 3 taches de bougie, masse céphalique intra-parenchymateuse Radiomanométrie pervésiculaire : passage cystique à 26 ou 30 et résiduel à 9. Pas d'autre anomalie biliaire. Duodénotomie : papille normale. Pancréatographie rétrograde : injection d'une poche kystique isthmique supérieure avec écoulement d'éléments nécrotiques dans le wirsung provenant du P.K. communiquant. Cholécystectomie. Drainage du wirsung.
- Laboratoire : Cytostéatonécrose typique, sphincter oddien normal. La biopsie hépatique révèle des lésions d'hépatite grave nécrosante.
- Suites simples : sortie au 15ème jour. Réintervention le 2 Mai 1960 (P. Agr. MERCADIER) car les crises douloureuses sont réapparues après une accalmie d'un année. Splanchnicectomie droite, car on renonce à pratiquer une duodéno-pancréatectomie pour le moment.
- Suites : amélioration. Neuf mois après, nouvelles douleurs épigastriques, amaigrissement important avec dysphagie nécessitant une dilatation. Novembre 1961, le malade souffre encore, amylasémie à 560 U.S. Traitement glycémie à 1,60 gr. Traitement par l'iniprol.
- 3ème intervention le 8 Février 1962 (P. Agr. MERCADIER) pour P.K. intra-parenchymateux céphalique développé surtout en arrière tandis que la face antérieur du pancréas est d'aspect scléreux. Kystographie : P.K. non communiquant. Kysto duodénostomie au-dessous de la papille après repérage de celle-ci.

- Suites simples : En 1962, 4 mois plus tard, le malade a repris 9 Kgs et ne souffre plus. Apparition d'une dysphagie tandis que les douleurs épigastriques ont repris.
- Réintervention le 11 Septembre 1962 (P. Agr. MERCADIER) pour sténose ulcéreuse du 1/3 inférieur de l'oesophage. Résection anastomose sous-aortique. Bon résultat 5 mois après. Malade actuellement perdu de vue.
- Intérêt : Pancréatite subaigüe et pseudo-kyste communiquant de la tête. Echec du traitement par drainage canalaire du wirsung. Echec de la splanchnicectomie. Kystoduodénostomie un an plus tard d'un pseudo-kyste communiquant céphalique afin d'éviter la duodénopancréatectomie. Résultat à distance moyen 3 ans après la découverte du pseudo-kyste. Le malade est actuellement perdu de vue.

Observation n° 25

Mme ROB. ... I., 44 ans, cultivatrice, présente en 1939 sa première crise étiquetée colique hépatique. En 1955, nouvelle crise avec douleur de l'hypocondre droit irradiant dans le dos et l'épaule droite sans vomissement, mais associée à un subictère. Traitement médical compte tenu de l'obésité (90 Kgs). En Avril 1956, cholécystectomie pour lithiase vésiculaire au cours de laquelle le chirurgien note un noyau de pancréatite. Epanchement pleural 4 mois plus tard, soit 17 ans après les premières crises. On note alors l'existence d'une masse ferme, profonde, de topographie non précisée. L'examen radiologique révèle un refoulement de l'estomac au niveau de la petite courbure. Douleurs de l'hypocondre gauche. Amylasémie à 640 U.S.

- Intervention le 16 Août 1956 (P. Agr. MERCADIER) P.K. géant corporéo-caudal extra-pancréatique saillant sur le mésocôlon associé à une pancréatite nécrotique et hémorragique. Le reste de la glande est sain pour ce qu'il en reste. Un important moignon vésiculaire subsiste correspondant à une vésicule de taille quasi normale. Radio-manométrie percystique : normale. On décide la résection du moignon vésiculaire. La kystographie montre une masse bilobée non communiquante dont le contenu est séro-hématique et inactif à l'examen de laboratoire extemporané. On tente une pancréatographie rétrograde après duodénotomie : échec, mais la papille est turgescente. Sphinctérotomie sans drainage du wirsung. Drainage du P.K. en kysto-jéjunostomie en Y.
- Suites excellentes. Le malade a répondu au questionnaire de 1967. Pas de douleurs abdominales, poids stationnaire, diabète connu et traité par l'insuline.
- Intérêt de l'observation : S'agit-il d'une pancréatite aiguë post-opératoire avec pseudo-kyste ou d'une coïncidence fortuite ? Le résultat doit être considéré comme bon avec un recul de 10 ans.

Observation n° 26

Mr. RICH. ... A., 43 ans, ingénieur, éthylique et obèse présente au début de 1957 des douleurs abdominales para-ombilicales avec des décalages thermiques alors qu'il se trouvait au Sahara. Hospitalisation à PARIS un mois plus tard. Ce gros mangeur et gros buveur, sans autre antécédent, dont l'amylasémie est supérieure à 150 U.S. est opéré le 5 Avril 1957 (P. Agr. MERCADIER) avec le diagnostic de poussées aiguës sur pancréatite chronique.

- A l'intervention : taches de bougie disséminées, gros pancréas oedémateux. Cholangiographie pervésiculaire : passage normal dans la V.B.P., mais on doit élever les pressions jusqu'à 21-22 pour obtenir une injection duodénale. Pas de tentative de pancréatographie directe en raison de l'aspect inflammatoire des lésions. Portographie par voie transplénique : pression à 18, simple irrégularité du bord de la splénique. Duodénotomie : résection cunéiforme de la papille pour trouver le wirsung dont l'orifice est situé à 1,5 cm. au-dessus de l'orifice

papillaire. Pancréatographie rétrograde qui injecte un P.K. du volume d'un oeuf au niveau de la tête de siège juxta-oddien. Sphinctéroplastie. Drainage du P.K. par le wirsung sortant du duodénum par un catheter. Drainage du P.K. par le wirsung et par l'intermédiaire d'un catheter sortant du duodénum à la Witzel. Cholécystostomie.

- Laboratoire : Pas d'oddite au niveau de la papille, sclérose débutant de certains espaces portes à la biopsie.
- Suites simples : Cure à distance d'une éventration pariétale. Le malade a répondu au questionnaire de 1967 : il se plaint de douleurs abdominales sourdes intermittentes sans périodicité, facilement supportables réapparues quelques mois après l'intervention. Il a repris 12 Kgs, peut manger n'importe quel aliment et n'a pas de diarrhée.
- Intérêt de l'observation : découverte pancréatographique rétrograde d'un P.K. intra-parenchymateux juxta-oddien communiquant avec le wirsung chez un obèse éthylique présentant son premier accès de pancréatite subaiguë. Le résultat peut être considéré comme bon avec un recul de 9 ans.

Observation n° 27

r. ROK. ..., 55 ans, garde-champêtre, présente en 1952 une crise de pancréatite aiguë. Le malade aurait subi alors à BRUXELLES le drainage d'un abcès. Neuf ans plus tard, crise de cholécystite aiguë traitée médicalement. En Avril 1962, le malade présente des douleurs épigastriques intenses de type pancréatique.

- Intervention le 13 Juin 1962 (P. Agr. MERCADIER) : on découvre alors une cholécystite subaiguë lithiasique ainsi qu'une collection juxtaduodénale intra-pancréatique et une autre collection distale extra-pancréatique refoulant l'estomac. La circulation collatérale est notablement augmentée. Kystographie transduodénale : poche non communiquante de la taille d'un poing. Kystographie transgastrique : poche de la taille d'une tête d'adulte non communiquante. Kysto-gastrostomie déclive transgastrique pour la collection distale. Kysto-duodénostomie pour la collection céphalique. Ces deux collections ont un contenu nécrotique. Cholécystectomie avec contrôle radiomanométrique : la vésicule contient des calculs et de la bile purulente, mais les voies biliaires sont indemnes.
- Laboratoire : absence de bordure épithéliale du P.K., amylasémie à 128 U.S. dans le liquide kystique.
- Suites simples : le malade a répondu au questionnaire de 1967 : il n'a plus de douleurs abdominales, peut manger n'importe quel aliment, a repris du poids, n'a pas changé de profession et n'a pas de diabète connu. Il estime que l'intervention l'a amélioré totalement.
- Intérêt de l'observation : double kyste pancréatique associé à une lithiase vésiculaire sans atteinte des voies biliaires pouvant expliquer la lésion. Guérison par double dérivation interne. Le résultat est excellent 4 ans 1/2 plus tard.

Observation n° 28

r. SEI. ..., M., 50 ans, éthylique, présente depuis 1935 des crises douloureuses paroxystiques épigastriques durant deux à trois jours avec parfois des vomissements biliaires et de la fièvre. Ces crises se reproduisent entre 1935 et 1956 deux fois dans l'année. Depuis 1956, le malade présente un diabète léger et les crises se rapprochent. Hospitalisation à PARIS en Juillet 1958 : Fièvre à 38°5, gros foie avec ébauches de circulation collatérale, épanchement pleural gauche (liquide citrin-aseptique) 25.000 leucocytes, masse arrondie ferme du creux épigastrique, pas d'hyperamylasémie mais glycusorie transitoire.

Laparoscopie : le foie n'est pas vu, mais il existe des taches épiploïques blanchâtres et une petite masse de l'hypocondre gauche qui s'est affaissée 8 jours avant l'intervention.

- Intervention le 23 Août 1958 (P. Agr. MERCADIER) : Diagnostic Clinique P.K. dont l'évolution a été marquée par un brusque affaissement huit jours auparavant. Diagnostic Opératoire : P.K. du corps gros comme un poing de siège rétrogastrique avec taches de bougie, liquide séro-hématique dans la grande cavité. Foie normal . Kystographie : visualisation du kyste qui émet un prolongement vers le duodénum. Il s'agit d'un kyste non communiquant. Cholangiographie pervésiculaire : pas d'anomalie. Kysto-gastrostomie transgastrique. Cholécystostomie.
- Laboratoire : Le liquide du kyste est fait d'une nécrose pancréatique grisâtre dont l'analyse n'a pu être retrouvée.
- Suites troublées par un état sub-fébrile persistant. Sortie au 2ème mois. Revu en 1963. Va bien.
- Intérêt de l'observation : Il s'agit d'une pancréatite aiguë chez un éthylique associée à un trouble du métabolisme du glucose, et ayant entraîné une formation pseudo-kystique nécrotique fantôme de l'arrière cavité. Bon résultat 5 ans après. Actuellement perdu de vue.

Observation n° 29

. SER. ... P., 44 ans, Inséminateur, présente en Juillet 1957, soit 6 mois auparavant, des crises douloureuses épigastriques violentes sans périodicité, sans irradiation spécifique. Six mois plus tard, un amaigrissement de 15 Kgs en six mois et apparition de nouures au niveau des deux membres inférieurs, associés à une ascite.

- Hospitalisation à ST-QUENTIN : diagnostic de péri-artérite noueuse traitée par le cortancyl et la pénicilline. En fait, une biopsie des nouures révèle qu'il s'agit de taches de cyto-stéatonécrose. Janvier 1958, le transit de l'estomac montre un refoulement de l'angle duodénojéjunal vers le bas et un gaster déformé. Reproduction de l'ascite de nouveau ponctionné (4 litres) de liquide citrin-rivalta positif, altération de l'état général. Laparoscopie : échec. A ces signes s'associe un épisode ischémique du pied gauche mis sur le compte d'une thrombose artérielle. L'amylasémie est à 700 U.S. L'abdomen est volumineux, l'état général décline et le malade est opéré le 23 Décembre 1958 (P. Agr. MERCADIER) : Péritonite diffuse cloisonnée en deux parties, l'une sus-mésocolique, l'autre sous-mésocolique. Masse kystique occupant l'arrière cavité et la partie vertébrale gauche. Il s'agit d'un P.K. nécrotique contenant du pus et des éléments sphacéliques. Le corps et la queue ont disparu. Evacuation du contenu kystique : les vaisseaux spléniques sont à nu. Drainage externe par REDON et PEZZER. Cholécystostomie.
- Suites simples : le malade a répondu au questionnaire de 1967 : il se plaint de douleurs abdominales intermittentes qu'il attribue à une mauvaise digestion. Il digère mal les graisses et les ragoûts, a de la diarrhée parfois, mais a repris du poids. Par ailleurs, ce malade qui n'a pas changé de profession, qualifie le résultat d'inespéré.
- Intérêt de l'observation : Pseudo-kyste nécrotique purulent secondaire à crise de pancréatite aiguë survenue un an auparavant associée à des phénomènes de nécrose graisseuse au niveau des plans cutanés. En fait, il s'agit là d'une véritable rupture intra-péritonéale du pseudo-kyste ayant entraîné deux foyers de péritonite cloisonnée sus et sous-mésocolique. Le résultat doit être considéré comme bon avec un recul de 8 ans.

Observation n° 30

. TOR. ... E., 48 ans, tuberculeux pulmonaire stabilisé, présente en Août 1957 deux crises douloureuses épigastriques dont l'intensité ne permet pas de préciser les irradiations, crises associées à des vomissements prenant l'aspect d'un syndrome perforatif. Octobre 1957 : douleurs épigastriques à irradiation lombaire gauche, amylasémie à 250 U.S. (l'étude du suc pancréatique révèle un déficit lipasique et trypsique). Les examens radiologiques révèlent une gastrite associée à une hernie hiatale tandis que les voies biliaires sont normales.

- Intervention le 5 Novembre 1957 (P. Agr. MERCADIER) : dès l'ouverture du péritoine on découvre de gros ganglions caséeux mésentériques sans lésion iléo-coecale ainsi qu'un P.K. nécrotique extra-pancréatique de la queue dont le contenu est séro-purulent. Cette formation répand en avant à l'estomac, en bas à l'angle gauche du colon et au grand épiploon, à gauche à la rate et à droite au rachis. Les voies biliaires sont normales. On pratique alors une ouverture de la poche et une pancréatectomie caudale emportant la rate. L'orifice pancréatique n'est pas vu. Radiomanométrie per-vésiculaire : discret rétrécissement du cholédoque rétro-pancréatique. Duodénotomie. Pancréatographie rétrograde : image en flaque comparable à celle décrite par DOUBILET dans une inflammation aiguë du pancréas. Sphinctéroplastie et drainage transpapillaire du wirsung. Cholécystostomie.
- Laboratoire : (Dr. LAUMONIER) Réaction cyto-stéatonécrotique au niveau des tissus péri-pancréatiques et épiploïques prélevés. La paroi du P.K. est faite de dépôts fibreux organisés.
- Suites simples : mais au 7ème jour survient un écoulement de liquide séropurulent par le drain placé dans la poche.
- Intérêt : P.K. extra-pancréatique nécrotique survenant dans un contexte de pancréatite subaiguë à rechute associée à une oddite. Malade perdu de vue.

Observation n° 31

. WEY. ... A., 36 ans, technicien-dessinateur, présente un tableau de pancréatite subaiguë à rechutes depuis six mois.

- Intervention le 25 Avril 1960 (P. Agr. MERCADIER) : P.K. nécrotique supra-corporéal extrapancréatique avec pancréas infiltré scléro-atrophique. Taches de bougie. Pas de lésion biliaire. Echec du cathétérisme du wirsung. Sphinctérotomie. Cholécystostomie. Evacuation du contenu nécrotique du P.K. et drainage externe.
- Suites simples : sortie au 15ème jour mais persistance des douleurs.
- Réintervention le 23 Octobre 1961 (P. Agr. MERCADIER) : sclérose pancréatique diffuse. Pancréatectomie gauche avec splénectomie, car il y a eu évolution vers la pancréatite scléreuse. Il est impossible de retrouver le wirsung.
- Histologie : fibrose avec régression acineuse étendue. Nouvelle hospitalisation apparition de calcifications pancréatiques. Le malade a répondu au questionnaire de 1967 : les douleurs abdominales sont réapparues un an après l'intervention, de même intensité mais plus courtes qu'auparavant. Il ne supporte pas les graisses et l'alcool, a presque toujours de la diarrhée depuis 2 ans et n'a pas repris de poids. Invalidité aux 2/3. Diabète connu et traité.
- Intérêt de l'observation : Pancréatite subaiguë à rechute évoluant vers la pancréatite scléreuse puis vers la pancréatite calcifiante par l'intermédiaire d'un P.K. Résultat à considérer comme médiocre avec un recul de 5 ans.

COLLECTIONS PANCREATIQUES AU COURS D'UNE PANCREATITE SCLEREUSE NON CALCIFIANTE

Observation n° 32

BLA. ... M., 42 ans, éthylique connu, présente en Décembre 1954, une première crise douloureuse épigastrique irradiant en arrière et vers l'épaule gauche avec nausées. Nouvelles crises en 1955, surtout après des repas copieux. En Août 1955: douleurs permanentes, selles décolorées, urines foncées sans ictère.

- Intervention le 2 Novembre 1955 (P. Agr. MERCADIER) : voie biliaire principale dilatée, pancréas ligneux surtout au niveau de la tête qui est doublée d'épaisseur. Existence d'une cavité kystique au niveau du corps. L'adhérence au plan postérieur de la région céphalique oblige à renoncer à la duodéno-pancréatectomie céphalique. Kystographie : liquide clair. On obtient une pancréatographie descendante et l'image d'un P.K. communiquant avec rétrécissement de la partie terminale du wirsung. Radiomanométrie pervésiculaire : rétrécissement du segment rétropancréatique. Duodénotomie. Sphinctérotomie : un cathéter est introduit dans le wirsung, franchit un obstacle annulaire rigide de 2 cms autorisant l'écoulement du suc pancréatique. Drainage du wirsung transpapillaire. Cholécystostomie.
- Laboratoire : Foie : discrète sclérose péri-portobiliaire, pancréas très altéré par la sclérose avec ilots normaux mais éléments excréteurs en régression atrophique, muqueuse duodénale : sclérose sous muqueuse.
- Suites simples : troublées par des manifestations douloureuses abdominales. En Décembre 1956 : réapparition de douleurs épigastriques coïncidant avec un écart de régime. Infiltration splanchnique bilatérale. En 1957, bon état général et reprise de l'activité. En 1958, douleurs intermittentes et épisode ictérique ayant duré huit jours avec amaigrissement discret. A l'examen radiologique, existence de calcifications devant L.3 probablement pancréatiques.
- Réintervention le 5 Novembre 1958 (P. Agr. MERCADIER) : pancréatite scléreuse inflammatoire en totalité. Dilatation du canal de wirsung associée à une dilatation des voies biliaires. Double dérivation vésiculaire et wirsunguienne sur une anse montée en Y.
- Histologie : pancréatite chronique atrophique très intense.
- Suites simples. Perdu de vue.
- Intérêt de l'observation : il s'agit chez ce malade d'une pancréatite scléreuse avec distension du wirsung en rapport avec un rétrécissement annulaire du canal à 2 cms du duodénum. La formation kystique corporéale en dérivation découverte lors de la première intervention représente certainement un exemple de collection intra-parenchymateuse se situant entre le pseudo-kyste rétentionnel de l'hypo-pancréatose décrite par SOUPAULT. Exemple d'échec du drainage du wirsung et de l'apparition d'une sténose cholédocienne dûe à la sclérose pancréatique évolutive avec apparition de calcifications trois ans plus tard.

Observation n° 33

BER. ... P., 41 ans, invalide temporaire, éthylique discret, présente depuis 1961 des douleurs épigastriques partant de l'hypocondre gauche associées à des vomissements et en 1962, à une hématémèse. Amaigrissement notable.

- En Avril 1962, intervention à LILLE : le wirsung est de calibre normal. Cholécystectomie et sphinctérotomie difficiles. En 1965, réintervention à LILLE : canal de wirsung dilaté comme un pouce : wirsungo-jéjunostomie sur le segment corporéo-caudal du canal. Depuis cette date, les douleurs violentes surtout nocturnes

persistent avec toxicomanie au palfium. Amaigrissement de 14 Kgs associé à une défense épigastrique sans masse perceptible. A l'examen radiologique : aspect sténosé du deuxième duodénum et peut-être image de calcifications de la tête. Amylasémie à 60 U.S. Glycémie à 1,25 gr.

- Intervention le 2 Mars 1966 (P. Agr. MERCADIER) : pancréatite scléro-atrophique de la tête avec P.K. intra-pancréatique de la tête associé à une ulcération du deuxième duodénum de la taille d'une pièce de 1 Fr. Aucune investigation radiologique n'est faite. Duodéno-pancréatectomie céphalique difficile emportant le P.K.
- Histologie : ulcère duodénal associé à une pancréatite sclérosante avec foyer hémorragique inflammatoire à proximité de la tranche de section. L'ulcère emporte totalement la paroi digestive qui est remplacée en profondeur par un tissu scléreux dense se continuant sans discontinuité avec la glande qu'il mutile. Suites immédiates troublées au 4ème jour par une douleur violente sous-ombilicale située à gauche de la ligne médiane. Tout rentre dans l'ordre et le malade réintègre CLERMONT-FERRAND. Cependant, des douleurs violentes persistent nécessitant des doses élevées de palfium. Il est revu 4 à 5 fois par mois par son médecin : la douleur se situant au niveau du muscle grand droit, on décide de réintervenir avec le diagnostic d'abcès pariétal (Dr. LAURAS le 25 Juillet 1966) En fait, le chirurgien tombe sur une fistule digestive punctiforme avec issue d'un peu de bile ; il s'agit d'une fistule du grêle qui s'est faite au contact du grand droit avec abcès associé. La suture de la brèche est facile car l'état inflammatoire local ne rend pas raisonnable une approche supplémentaire.
- Les suites sont simples mais le 10ème jour, une désunion pariétale survient avec une fistule jéjunale sévère traitée avec succès par l'acide lactique. Deux mois après surviennent des vomissements évoquant une sténose pylorique.
- Réintervention (Dr. LAURAS) le 22 Octobre 1966 : il existe une fistule gastro-jéjuno-pariétale et on se demande s'il ne s'agit pas d'un ulcère peptique. Dégastro-gastrectomie avec petite recoupe gastrique et jéjunale avec suture jéjunale termino-terminale et anastomose gastro-jéjunale.
- Les suites sont simples. Depuis cette intervention, le malade ne souffre plus; mais n'a pas encore repris de poids.
- L'examen histologique de cette pièce opératoire montre au niveau de l'estomac une intense gastrite atropho-hypertrophique avec des phénomènes de métaplasie entéroïde, tandis que la sous-muqueuse est épaissie et scléreuse. Au niveau du duodénum existe une ulcération chronique très importante.
- Intérêt de l'observation : Pancréatite scléreuse évolutive scléro-atrophique chez un malade ayant subi 2 interventions avant de subir une duodéno-pancréatectomie céphalique. Présence intéressante d'une ulcération au niveau du deuxièm duodénum. S'agit-il d'un ulcère associé ou d'une ulcération mécanique par ruptur du pseudo-kyste dans le duodénum ? Les suites ont été compliquées par une fistule digestive ayant nécessité 2 réinterventions chirurgicales. Actuellement, le malade ne souffre plus et va très bien. Le résultat peut être considéré comme bon, mais le recul est insuffisant car il n'est que de 8 mois.

Observation n° 34

CAI. ... A., 47 ans, présente en 1951 une crise de pancréatite subaiguë vérifiée par une intervention chirurgicale exploratrice : pancréatite oedémateuse. Cholédocotomie et cholécystostomie. Hospitalisation à PARIS en 1955 pour douleurs épigastriques avec vomissements et chutes tensionnelles. Traitement médical. Les douleurs persistent s'associant à un amaigrissement.

- Intervention le 7 Décembre 1955 (P. Agr. MERCADIER) : pseudo-kyste intra-pancréatique de la tête avec dilatations kystiques au niveau du corps. Ponctior

du P.K. : liquide clair. Kystographie. Radiomanométrie pervésiculaire : distension de la vésicule avec voie biliaire principale refoulée. Duodénotomie : papille dure. Sphinctérotomie. Cathétérisme du cholédoque. Cathétérisme rétrograde du wirsung avec pancréatographie rétrograde : distension modérée du canal tandis que le drain ne peut être amarré efficacement, il est donc retiré. Cholécystostomie.

- Suites troublées par un état sub-fébrile pendant 3 semaines. Amélioration nette 10 ans après, mais il persiste des selles importantes et pâteuses et des signes de dyspepsie pancréatique. Depuis cette date, le malade est perdu de vue.
- Intérêt de l'observation: P.K. de la tête ayant succédé à un accès de pancréatite aiguë 4 années auparavant. Résultat bon avec 10 ans de recul, mais le malade est perdu de vue depuis 5 ans.

Observation n° 35

CAU. ... J., 43 ans, sans profession, présente depuis 1960 des douleurs abdominales qui le plient en deux, associées à un amaigrissement de 5 Kgs et une alternance de diarrhée et de constipation. En 1963, le Professeur CAROLI voit le malade et pose le diagnostic de pancréatite avec faux kyste. L'amylasémie est alors à 146 U.S. Amélioration sous traitement médical avec reprise du poids et disparition de la masse épigastrique à la fin de 1963. Les examens radiologiques sont négatifs. Au tubage, il n'existe pas de signes d'obstruction du wirsung. En 1964, amélioration sous traitement par la sécrétine simbio, qui se confirme tandis que le malade a repris 9 Kgs. En 1965, survient une crise hyperalgique cédant sous zymofren . En 1966, réapparition d'une masse épigastrique indolore et ferme. A la laparoscopie existe manifestement un pseudo-kyste du pancréas. Une artériographie sélective du tronc coeliaque est faite montrant un encorbellement de l'hépatique commune et de la gastro duodénale entourant la partie supéro-externe du pseudo-kyste. A noter une stéatorrhée avec 9 grs par 24 h. tandis que le tubage de la sécrétine révèle un déficit net des bicarbonates. La voie biliaire principale est normale, mais il existe des douleurs continues avec altération importante de l'état général. Elargissement du cadre duodénal à la radio et glycémie à 1,70 gr.

- Intervention le 6 Mai 1966 (P. Agr. MERCADIER) : pancréatite chronique diffuse avec pseudo-kyste intra-parenchymateux de la tête qui est doublée de volume, tandis que le corps et la queue sont ronds et durs. Radiomanométrie pervésiculaire : injection à des pressions élevées de l'arbre biliaire qui est normal. Kystographie : visualise la cavité qui a 6 à 7 cms de diamètre environ. La rate est normale, il n'y a pas d'hypertension portale. Devant ces faits, on décide de pratiquer une duodéno-pancréatectomie céphalique en coupant le pancréas au niveau de l'isthme. Cholécystostomie car l'anastomose cholédoco-jéjunale est d'étanchéité difficile compte tenu de la fragilité du cholédoque.
- L'examen histologique révèle une paroi de la cavité céphalique qui est sans bordure épithéliale faite de tissu fibreux à bordure nécrotique avec hyperplasie fibrohyaline s'étendant au parenchyme pancréatique dont la lobulation est disloquée. A noter quelques signes d'involution des acinis, mais les îlots sont normaux. Le dosage d'amylase dans le liquide pancréatique révèle un taux de 40.000 unités.
- Les suites sont simples. Bon résultat à 8 mois.
- Intérêt de l'observation : Malade ayant présenté un pseudo-kyste du pancréas avec masse fantome clinique. Artériographie sélective ayant montré un encorbellement de l'hépatique et de l'artère gastro-duodénale. A la laparoscopie, le diagnostic a été formellement porté. Traitement par duodéno-pancréatectomie avec contrôle histologique formel du pseudo-kyste.
- Recul actuellement de 8 mois. Bon résultat.

Observation n° 36

DELA. .. A., 47 ans, qui travaille à la Sûreté Nationale, présente un antécédent de traumatisme abdominal violent en Avril 1963 ayant entraîné quelques troubles 18 mois après, à la Noël 1964. Malheureusement, l'histoire clinique n'a pu être reconstituée même partiellement. On sait seulement qu'une amylasémie en pré-opératoire est à 116 U.S. et la glycémie à 1,87.

- Intervention le 8 Mars 1966 : pancréatite scléro-hypertrophique de la tête avec P.K. de la tête qui est triplée de volume. Le reste de la glande est un peu augmenté de volume et oedématié. Un calcul dans la vésicule. Pas de signe d'hypertension portale segmentaire, ni de retentissement biliaire. Duodéno-pancréatectomie céphalique classique passant sur l'isthme à gauche du tronc porte. Devant la fragilité du tissu pancréatique, on doit s'abstenir d'une anastomose pancréatico-jéjunale et on se contente de suturer la tranche par des points en U. Cholécystectomie.
- Histologie : au niveau du premier duodénum, le P.K. est formé par la nécrose totale d'un lobule pancréatique. Il existe une duodénite muqueuse congestive. Sur la tête, plusieurs foyers de nécrose hémorragique réalisant une pancréatite subaiguë s'ajoutant à une fibrose post-hématique et inflammatoire chronique. Au niveau de l'oddi, fibrose et congestion de la terminaison biliaire et du sphincter, avec hyperplasie inflammatoire des ganglions para-duodénaux. Pas de signes de malignité.
- Suites simples. Le malade a répondu au questionnaire de 1967 : il n'a pas présenté de nouvelles douleurs abdominales, a repris 7 Kgs, n'a pas de diarrhée, ni de diabète. Il estime que l'intervention l'a amélioré totalement.
- Intérêt de l'observation : poussée de pancréatite subaiguë sur foyer d'inflammation chronique scléreux, plus oddite ayant entraîné un P.K. nécrotique de la tête. La coexistence d'une lithiase vésiculaire semble ici fortuite et sans rapport de cause à effet. Résultat excellent avec un recul de 9 mois.

Observation n° 37

DIA. ... P., 35 ans, employé à la S.N.C.F., présente en Octobre 1961 des douleurs épigastriques intermittentes peu intenses attribuées à une gastrite après examen baryté de l'estomac. Un an plus tard, aggravation des douleurs survenant sur un fond algique permanent, aggravées par les repas obligeant le malade à restreindre son alimentation et entraînant un amaigrissement. Amélioration après traitement par le bismuth. Janvier 1964 : nouvelles crises et nouvelle hospitalisation : amaigrissement de 12 Kgs, amylasémie à 336 U.S., voies biliaires légèrement dilatées sans injection du cholédoque rétropancréatique.

- Intervention le 15 Juin 1964 (P. Agr. MERCADIER) : Pancréatite scléro-atrophique diffuse prédominant au niveau de la tête qui contient deux cavités kystiques du volume d'une orange et d'un oeuf. Le canal de wirsung est distendu. Radiomanométrie pervésiculaire : pression de passage élevée à 30, rétrécissement du cholédoque rétro-pancréatique. Pancréatographie directe : pas de communication avec les deux P.K., mais dilatation en amont avec rétrécissement du canal céphalique. L'existence de l'ensemble des lésions à localisation céphalique fait pratiquer une duodéno-pancréatectomie céphalique emportant les 2 P.K. avec montage à la Child type 1943. Cholécystostomie.
- Laboratoire : pancréatite chronique scléreuse avec îlots indemnes et coexistence de cavités kystiques tapissées d'un épithélium cylindro cubique et de cavités pseudo-kystiques nécrotiques. Altération importante de la paroi duodénale.
- Suites simples. Sortie au 15ème jour. Le malade a répondu au questionnaire de 1967 : il n'a plus de douleurs abdominales, n'a pas de diarrhée, a repris son poids normal. Il suit un petit régime ordonné après l'intervention et estime

que l'intervention l'a amélioré totalement.

- Intérêt de l'observation : coexistence de formations kystiques et pseudo-kystiques au sein d'une sclérose pancréatique céphalique avec rétrécissement du canal de wirsung au niveau de la tête. Le résultat doit être considéré comme excellent avec un recul de deux ans.

Observation n° 38

DUB. ... H., 37 ans, présente depuis quatre ans des crises épigastriques douloureuses irradiant en arrière et vers la fosse iliaque droite sans rythme ni périodicité. En Septembre 1959 : appendicectomie. Mais les douleurs réapparaissent un mois plus tard. En Juin 1960, hématémèse de petite abondance, récidivante et associée à des douleurs.

- Intervention exploratrice le 23 Novembre 1960 (Dr. PELOUX) : pancréas de pierre surtout au niveau de la tête avec réaction inflammatoire marquée du deuxième duodénum. Voies biliaires normales. En décembre 1960, amaigrissement de 5 Kgs, douleurs à la palpation du creux épigastrique.
- Intervention le 3 Janvier 1961 (P. Agr. MERCADIER) : pancréatite chronique scléro hypertrophique avec dilatation du canal de wirsung. Radiomanométrie pervésiculaire : hyperpression nécessaire pour franchir le canal cystique. Pas d'oddite ni de lithiase. Voie biliaire principale de calibre normal. Pancréatographie directe : injection d'un P.K. intra-parenchymateux céphalique gros comme une prune et passages duodénaux faciles. Double dérivation en Y. Cholécysto jéjunale T.L. et wirsungo jéjunale L.T. sur la brèche canaliculaire de 6 cms.
- Laboratoire : Foie normal, intense pancréatite scléreuse.
- Suites simples. Le malade sort au 15ème jour. Il est perdu de vue.
- Intérêt de l'observation : Découverte au cours d'une pancréatographie directe d'un P.K. en dérivation sur une pancréatite scléreuse. Dérivation biliaire préventive d'un futur rétrécissement des voies biliaires. Malade perdu de vue.

Observation n° 39

DESS. .. E., ans, est opérée le 29 Septembre 1959 (P. Agr. MERCADIER) pour un ictère d'allure rétentionnelle associé à des douleurs épigastriques irradiant en arrière avec le diagnostic de lithiase biliaire. A l'intervention, le foie est normal, la vésicule très distendue, le cholédoque gros comme l'index. Il existe un pseudo-kyste nécrotique intra-parenchymateux juxta-duodénal de la tête gros comme un poing. Le corps et la queue sont normaux. Radiomanométrie pervésiculaire : passage cystique à 24 avec dilatation supra-pancréatique de la voie biliaire, rétrécissement et refoulement en dehors du cholédoque qui est franchi à une pression élevée entraînant des passages duodénaux. Kystographie transduodénale : cholédoque moulé sur le pseudo-kyste. Duodénotomie : cathétérisme du wirsung. Il n'y a pas d'obstacle. Le stylet s'enfonce de 10 cms. Kystoduodénostomie par effraction de la paroi interne du duodénum au-dessus de la papille. A noter une hémorragie per-opératoire qui est contrôlée.

- Les suites sont simples. Sortie un mois plus tard. Réintervention avant la sortie pour écoulement biliaire autour de la sonde obligeant à changer de sonde. Quatre ans plus tard, en 1963, réintervention le 27 Juin 1963 à la suite de l'apparition de douleurs et de vomissements associés à une anorexie depuis 15 jours. Aux examens radiologiques, il n'y a pas de calcifications. A l'intervention, on découvre un pseudo-kyste de l'arrière cavité alors que le pancréas est scléro-hypertrophique au niveau de la tête et de l'isthme. Kystographie transgastrique. Radiomanométrie pervésiculaire : distension de la vésicule, mais pas de passage oddien. Duodénotomie. Sphinctérotomie de 12 mms avec échec du cathétérisme du wirsung. Cholédocotomie avec mise en place d'un drain de Champeau.

Kystogastrostomie transgastrique : le pôle inférieur du P.K. répond à la partie moyenne de la grande courbure de l'estomac. Tube en T dans le cholédoque. Cholécystectomie. L'examen histologique montre, au niveau du foie, un début de processus cirrhogène dans un foie de stase. Le dosage d'amylase dans le liquide du pseudo-kyste prélevé montre 58.500 unités.

- Les suites sont simples.
- Intérêt de l'observation : Evolution vers la sclérose pancréatique hypertrophiqu d'un pseudo-kyste de la tête opéré quatre ans avant par kystoduodénostomie. Apparition d'une collection extra-pancréatique rétrogastrique et d'une oddite lors de la deuxième intervention ayant nécessité une kystogastrostomie et une sphinctérotomie. La malade est actuellement perdue de vue.

Observation n° 40

FRES. .. P., 32 ans, officier marinier, présente en Décembre 1956 des crises douloureuses épigastriques transfixiantes associées à une tuméfaction épigastrique apparaissant avec la crise et disparaissant avec elle. La température est à 38 et il existe un amaigrissement de 18 Kgs en trois semaines. En Février 1957, le malade est opéré à DIEGO SUAREZ (Dr. FOUCARD), il s'agit d'une intervention exploratrice : en détruisant les adhérences très hémorragiques, on arrive dans une poche contenant un liquide clair, légèrement hématique. Il existe une induration au devant du duodénum qui peut être constituée par un amas épiploïque.

- Les suites opératoires sont troublées par une fistule de liquide clair, vraisemblablement d'origine pancréatique pendant deux mois. Réapparition des crises identiques avec parfois urine foncée. Le malade revient en France en Juillet 1957, on découvre alors une grosse masse épigastrique douloureuse, mobile avec la respiration. Trois jours plus tard, la masse a disparu ainsi que la douleur. On porte alors le diagnostic de pseudo-kyste lié à un obstacle sur le canal de wirsung. En Février 1959, le malade est hospitalisé à PARIS, son amylasémie est à 100 U.S.
- Intervention le 23 Février 1959 (P. Agr. MERCADIER) : le pancréas est normal à droite mais dur avec péripancréatite marquée à gauche. Il n'existe pas d'hypertension portale et les voies biliaires sont normales. Cholangiographie pervésiculaire : les voies biliaires sont normales avec passages oddiens faciles. On réalise alors une hémi-pancréatectomie gauche avec splénectomie première : la résection portant au bord gauche du tronc porte. Le canal de wirsung n'est pas dilaté, il est suturé par un point appuyé de lin. La tranche pancréatique est suturée bord à bord et enfouie sous l'épiploon.
- Les examens de laboratoire révèlent l'existence d'une pancréatite chronique fibreuse atrophique arrivée au stade ultime de son évolution. Le contenu du pseudo-kyste est fait de bouillie cholestérinique jaunâtre pigmentaire ayant la structure typique de concrétion biliaire mais ne prenant pas la coloration de Stein. Il s'agit d'amas épithéliaux nécrodiosés chargés de pigments lipochromiques. Il s'agit en effet d'une réaction tissulaire assez générale que l'on retrouve par exemple au niveau du foie ou des surénales au cours de toutes les atteintes dégénératives ou nécrotiques des tissus épithéliaux (Dr. MARTIN).
- Les suites opératoires sont marquées par une nette amélioration. Ce malade a répondu au questionnaire de 1967 : il a subi en 1962 une gastrectomie pour ulcère duodénal. Il a repris du poids, ne souffre plus. Il a été réformé de la marine, car inapte à la navigation sous-marine, mais il considère le résultat comme excellent.
- Intérêt de l'observation : il s'agit d'une pancréatite chronique récidivante avec "tumeur fantôme" associée à une altération exclusive de la partie distale de la glande tandis que le pancréas droit est normal. Il existait un pseudo-kyste nécrotique extra-parenchymateux en regard de la queue de la glande qui

a été enlevé au cours de l'opération d'exérèse. Le résultat peut être considéré comme bon sept ans après.

Observation n° 41

. GAL. ... F., 65 ans, accuse depuis Juin 1955 des douleurs en barres intenses de l'hypocondre gauche, intermittentes associées à des vomissements bilieux. Il y a une anorexie ainsi qu'un amaigrissement de 20 Kgs en un an. Le cadre duodénal est élargi et une insuffisance pancréatique externe est notée après épreuve à la sécrétine.

- Intervention le 12 Janvier 1956 (P. Agr. MERCADIER) : Tête doublée de volume avec état inflammatoire succulent de toute la glande se propageant à la région coeliaque et à l'angle de Treitz. Kystographie : liquide louche et citrin. P.K. bilobé intra-parenchymateux non communiquant. Radiomanométrie pervésiculaire : pas de lithiase ni d'oddite, le duodénum est déformé. Evacuation du contenu kystique et biopsie. Duodénotomie. Forage supravatérien du kyste au travers de la paroi duodénale et entre les deux papilles réalisant une kystoduodénostomie à minima. Drainage du P.K. par un drain de caoutchouc extériorisé à la Volker après fermeture de la taille pancréatique en deux plans. Drainage du cholédoque par un tube en T.
- Laboratoire : évolution kystique d'une pancréatite chronique scléreuse en poussée aiguë (phénomène de nécrose hémorragique au niveau des parois du P.K.)
- Suites simples : Revu en 1957. Guérison. Considéré comme bon résultat en 1958. Décès en 1962 à la suite d'un coma secondaire à sa maladie diabétique.
- Intérêt de l'observation : il s'agit d'un cas de pseudo-kyste nécrotique intra-parenchymateux de la tête secondaire à une poussée nécrotique au sein d'une pancréatite scléreuse et traitée par une kystoduodénostomie à minima après forage du kyste à travers la paroi duodénale. Décès six ans plus tard, du fait de la complication de son état diabétique.

Observation n° 42

. GLA. ... C., 54 ans, présente depuis 1946 des douleurs épigastriques d'allure ulcéreuse. En Mai 1954, syndrome de perforation d'ulcère traité médicalement. Un an plus tard, réapparition des douleurs et l'on porte alors le diagnostic radiologique d'ulcère du bulbe. En Janvier 1956, péritonite appendiculaire. En Juin 1956 : apparition de douleurs d'un type nouveau, nocturnes à type de crampes à irradiations lombaires gauches associées à des vomissements et à un état de subocclusion. Le traitement anti-ulcéreux demeure sans effet. En 1959 : amaigrissement de 13 Kgs en 18 mois, image de compression extrinsèque de la région antrale. Des tubages après sécrétine montrent une réponse normale.

- Intervention le 13 Avril 1959 (P. Agr. MERCADIER) : masse kystique de la tête et de l'isthme associée à quelques taches de bougie tandis que la glande est inflammatoire. Pancréatographie directe : le P.K. vient au contact du duodénum mais n'est pas injecté. Radiomanométrie pervésiculaire : pas de lésions biliaires et passages normaux. Duodénotomie : papille normale plus biopsie. Cathétérisme rétrograde et ductographie : canal de wirsung normal et P.K. non communiquant. Ponction évacuatrice du kyste. Kystoduodénostomie supra-papillaire large avec fermeture du kyste. Cholécystostomie : il n'a pas paru nécessaire de drainer le wirsung en raison de l'intégrité du canal de wirsung et du sphincter d'oddi.
- Laboratoire : papille non scléreuse mais inflammatoire.
- Suites simples : sortie au 16ème jour. Amélioration médiocre car les douleurs persistent associées à un subictère.

- Réintervention le 15 Juin 1960 (P. Agr. MERCADIER) : soit 14 mois plus tard, pancréatite chronique diffuse à prépondérance caudale sans dilatation canalaire Sphinctérotomie large pour permettre une wirsungographie rétrograde : elle est normale et le canal n'est pas dilaté, mais la papille est saine. Cholangiographie pervésiculaire. Drainage transpapillaire du canal de wirsung et cholé cystostomie. Il s'agit donc d'une pancréatite chronique sans dilatation canaliculaire secondaire à un foyer de pancréatite nécrotique.
- Suites simples. Le malade a répondu au questionnaire de 1967. Les douleurs abdominales sont moins intenses qu'avant l'intervention et sont réapparues 6 à 8 mois après elle. Il n'a pas de diarrhée ni de diabète et a repris du poids. Il suit un régime sans graisses et prend des extraits pancréatiques. Il considère le résultat comme excellent.
- Intérêt de l'observation : Pancréatite scléreuse diffuse avec intégrité canaliculaire ayant présenté un P.K. intra-parenchymateux proximal 14 mois auparavant probablement secondaire à une poussée aiguë. Bon résultat avec 6 ans de recul.

Observation n° 43

HOR. .... P., 33 ans, fonctionnaire de police, éthylique modéré, présente depuis Mai 1965 des douleurs de l'hypocondre gauche survenant par crises sans périodicité.

- En 1965, intervention à TROYES, découverte d'une tuméfaction du corps du pancréas adhérant à l'estomac. Il n'est pratiqué qu'une intervention exploratrice. Hospitalisation à PARIS en Janvier 1966 : douleurs calmées par l'antéflexion, amaigrissement de 25 Kgs, masse de l'hypocondre gauche, constipation. Examen radiologique : déformation de l'estomac et refoulement de la partie gauche du côlon transverse.
- Intervention le 29 Janvier 1966 (P. Agr. MERCADIER) : tête saine, P.K. intra-parenchymateux par rétention, gros comme une mandarine du corps, tandis que la queue est hypertrophiée et dure. Voies biliaires normales. Pas d'hypertension portale. Pancréatectomie des trois quarts gauche avec splénectomie, la section pancréatique passe à 1 cm. du bord droit du tronc porte emportant le P.K.
- Histologie : Le pancréas renferme une volumineuse cavité allongée selon son axe sur laquelle viennent se greffer deux ou trois petites cavités sphériques. La cavité principale est bordée d'un revêtement discontinu largement nécrotique, d'allure excrétrice. La glande voisine est totalement remaniée par une sclérose et renferme de multiples îlots en régression. La queue est scléreuse avec des canaux excréteurs dilatés.
- Suites simples avec amélioration nette. Le malade a repris deux Kgs trois mois après. Il a répondu au questionnaire : il ne présente plus de douleurs abdominales, n'a pas de diarrhée, a repris 12 Kgs et s'estime totalement amélioré avec un petit diabète connu et stable.
- Intérêt de l'observation : P.K. par rétention du corps, intra-parenchymateux avec pancréatite d'amont et tête saine. Pancréatectomie des trois quarts gauche Résultat excellent avec un recul de un an.

Observation n° 44

HUG. ... G., 53 ans, comptable, présente une histoire de P.K. pancréatique à répétition. Début en 1950 par des douleurs de l'hypocondre gauche de type pancréatique survenant par crises de plus en plus fréquentes. En 1951, on découvre une masse de l'hypocondre gauche.

- Intervention le 31 Mars 1951 : marsupialisation d'un énorme kyste adhérant à la grande courbe du haut de l'estomac et de la rate. Sortie de l'hôpital trois mois plus tard seulement. En Octobre 1962 : réintervention (?). En Novembre 1955 : réintervention, on parle encore de faux kyste du pancréas. En 1958, hématémèse

attribuée à des varices oesophagiennes visibles radiologiquement. En Octobre 1962, nouvelle hématémèse. Amylasémie à 512 U.S., état paradiabétique. Pas de masse palpable; mais persistance des douleurs de l'hypocondre gauche associées à une circulation collatérale de siège sous ombilical.

- Intervention le 16 Novembre 1962 (P. Agr. MERCADIER) : pancréatite chronique diffuse non calcifiante avec splénomégalie et hypertension portale segmentaire splénique. Le pancréas est altéré en totalité et le corps est adhérent à l'estomac. Hémi-pancréatectomie gauche plus splénectomie : liberté du wirsung vers le duodénum. Wirsungographie par la tranche. Radiomanométrie pervésiculaire : aucune anomalie mais canal commun probable en confrontant les données de la pancréatographie et de la cholangiographie.
- Laboratoire : faux kyste du pancréas associé à une pancréatite scléreuse interstitielle et à une endartérite athéromateuse sur les vaisseaux. En effet, on trouve sur des fragments de pancréas le bord d'une coque scléreuse enduite de débris nécrotiques et inflammatoires qui n'a aucune connexion avec le parenchyme voisin ou les canaux.
- Suites simples. Sortie au 15ème jour. Le malade est revu trois ans plus tard et il va bien malgré un léger diabète. Ce malade a répondu au questionnaire de 1967 : il n'a plus de douleurs abdominales mais n'a pas repris de poids. De même, il n'a pas changé de profession et a un diabète stable depuis l'intervention, bien équilibré. Depuis, il prend des extraits pancréatiques. Ce malade estime que l'intervention l'a totalement amélioré.
- Intérêt de l'observation : Séquelle d'un P.K. opéré 9 ans auparavant. Démonstration de l'absence de lésions biliaires et wirsunguiennes chez ce malade ayant présenté plusieurs pseudo-kystes nécrotiques du pancréas. Le résultat doit être considéré comme bon avec un recul de 4 ans.

Observation n° 45

LACA. .. P., 41 ans, porteur aux halles, avec terrain éthylique vraisemblable, présente en Août 1955 des douleurs épigastriques intenses associées à des vomissements biliaires. Accalmie jusqu'en Janvier 1956, puis réapparition des crises douloureuses du même type qui se répètent, entrecoupées de périodes calmes. En Août 1956 le malade a maigri de 9 Kgs en deux mois tandis qu'il apparaît une tuméfaction de l'hypocondre gauche qui régresse par moment : elle est ferme, élastique, douloureuse dans son ensemble. En Octobre 1956, régression spectaculaire de la masse tandis que la douleur cède progressivement, associée à de la diarrhée. Les examens radiologiques gastriques et coliques sont normaux. L'amylasémie est à 128 U.S.

- Intervention le 16 Octobre 1956 (P. Agr. MERCADIER) : infiltration diffuse de la tête qui est ferme tandis que le corps est bosselé, inflammatoire et adhérent. Au niveau de la queue existe un pseudo-kyste de deux poings faisant corps en avant avec l'estomac et en arrière avec les éléments profonds. La rate est petite mais impossible à mobiliser en raison de l'adhérence de la queue avec les éléments du voisinage. Les veines épiploïques sont dilatées, mais il n'existe pas de taches de bougie. Ponction au niveau d'une des bosselures de l'isthme et kystographie : injection d'une cavité grosse comme une orange. Radiomanométrie pervésiculaire : le sphincter n'est franchi qu'à 27 cms, il n'existe pas d'anomalie. Portographie à travers une veine épiploïque : pas d'injection du tronc porte et arrêt au niveau du confluent spléno-mésaraïque , pression à 37. Duodénotomie : papille turgescente, un cathéter pénètre de 15 cms dans le canal de wirsung. Pancréatographie rétrograde : tout le canal est injecté jusqu'à proximité du kyste où il semble exister une solution de continuité du wirsung qui est oblitéré à ce niveau. En poussant à force, on a l'impression de pénétrer

dans le pseudo-kyste d'autant plus qu'il s'écoule du liquide clair par le tube. Drainage du pseudo-kyste par le wirsung par drain transpapillaire extériorisé à la Volker. Gastrotomie antérieure : il existe un orifice de communication entre l'estomac et le P.K., orifice admettant l'index dont les bords sont réguliers, épais et durs.

- Les examens de laboratoire : biopsie pancréatique : le tissu pancréatique est normal tandis que l'examen histologique du foie révèle l'existence d'une congestion intralobulaire.
- Les suites sont simples, mais deux ans plus tard, réintervention le 16 Juillet 1958 (P. Agr. MERCADIER). Vésicule flasque, atone, voie biliaire principale de la taille de l'index. Le pancréas est altéré dans sa totalité, la tête est dure et irrégulière du volume d'un poing. Le corps et la queue sont également infiltrés et durs. Radiomanométrie pervésiculaire : légère distension des voies biliaires au-dessus d'un rétrécissement juxta-papillaire. Devant l'importance des lésions, on réalise une hémi-pancréatectomie gauche associée à une splénectomie avec anastomose pancréatico-jéjunale termino-terminale type Merlin K. Duval sur anse en Y. Cholécystostomie.
- Laboratoire : sclérose intense avec acini atrophique et îlots intacts tandis que les canaux sont dilatés. L'examen est en faveur d'un processus de pancréatite chronique évoluant depuis plusieurs mois.
- Réintervention le 15 Juin 1959 (P. Agr. MERCADIER) pour ictère par rétention : la vésicule et le cholédoque sont distendus. En raison de la distension du cystique on décide de procéder simplement à une anastomose cholécystoduodénale.
- Les suites sont simples.

Le malade a répondu au questionnaire de 1967. Il a présenté une crise l'année dernière, soit 6 ans après l'intervention. Cette crise douloureuse abdominale est moins intense qu'auparavant. Il a rarement de la diarrhée et a repris du poids. Il a changé de profession pour devenir menuisier. Il a un diabète connu instable (on a dû abandonner le glucidoral pour utiliser l'insuline). Il absorbe du pancréas lyophilisé et de l'huile de paraphine autorisant des digestions quasi normales. Le malade estime avoir été totalement amélioré.

- Intérêt de l'observation : il s'agit là d'un pseudo-kyste extra-pancréatique de la queue avec une "masse fantôme". Apparition un an après d'une pancréatite chronique comprimant le bas cholédoque ayant nécessité une dérivation biliaire ultérieure. Il semble s'agir ici d'une poussée aiguë sur un fond de pancréatite chronique avec progressivement accentuation de la destruction pancréatique. Le résultat est à considérer comme moyen avec un recul de 10 ans après la découverte du pseudo-kyste.

Observation n° 46

Mr. LEC. ... F., ans, éthylique connu, présente depuis 1951 des douleurs épigastriques irradiant vers l'hypocondre gauche et en arrière vers l'omoplate gauche survenant après les repas et mises sur le compte d'un ulcère du bulbe. Traitement médical sans succès. En 1954, les douleurs s'accentuent, des vomissements incoercibles apparaissent aboutissant à un état de dénutrition sévère secondaire à une sténose du pylore.

- Intervention le 20 Juillet 1954 (P. Agr. MERCADIER) : pas d'ulcère, mais pylore et duodénum laminés par une masse occupant la tête du pancréas. La totalité de la glande est dure et bosselée par des dilatations kystiques du canal de wirsung s'étendant jusqu'à la queue. Ponction céphalique et kystographique : liquide eau de roche avec image d'une cavité communiquant avec le wirsung sans passage au niveau du duodénum plus dilatation kystique de la queue avec aspect festonné du wirsung. Radiomanométrie pervésiculaire : blocage au niveau du cystique obligeant

à ponctionner le cholédoque. La voie biliaire est dilatée sans retentissement intra-hépatique avec passages duodénaux normaux. Duodénotomie. Sphinctérotomie : échec du cathétérisme du wirsung car l'orifice ne peut pas être repéré. Incision du kyste et mise en place par voie directe d'un drain ressortant par le duodénum réalisant un drainage de la cavité après forage duodénal juxta-papillaire. Cholécystostomie et drain en T cholédocien dont une branche est transpapillaire.

- Laboratoire :(Dr. TOURNEUR) : très importante sclérose interstitielle du pancréas.
- Suites immédiates simples. Trois mois après, survient une hématémèse importante avec méloena. En 1955, l'état général est bon, mais il persiste quelques douleurs de l'hypocondre gauche. En 1956, une crise douloureuse épigastrique survient avec une fièvre à 39°. En 1957, quelques épisodes douloureux abdominaux, mais la reprise du poids est nette. Le malade est perdu de vue.
- Intérêt de l'observation : P.K. rétentionnel de la tête associé à un obstacle juxta duodénal sur le wirsung et coexistant avec plusieurs dilatations kystiques du canal. Sténose pylorique et duodénale associée à une compression biliaire ayant régressé après évacuation du pseudo-kyste. Résultat à considérer comme moyen 3 ans plus tard, mais malade perdu de vue depuis 9 ans.

Observation n° 47

LET. ... R., 35 ans, éthylique discret présente depuis 6 mois des douleurs de l'hypocondre gauche durant de quelques minutes à plusieurs heures avec phases d'accalmie. En 1960, le malade ne souffre plus mais a maigri de 11 Kgs. La duodénographie confirme l'élargissement du cadre duodénal. Laparoscopie normale. Amylasémie normale.

- Intervention le 11 Décembre 1960 (P. Agr. MERCADIER) : Pseudo-kyste intra-parenchymateux de la tête qui est dure et inflammatoire tandis que la vésicule est distendue sans lithiase et que le duodénum est refoulé. Kystographie transduodénale : cavité grosse comme un oeuf au contact du deuxième duodénum. Cholangiographie pervésiculaire : passage du cystique à des pressions élevées de l'ordre de 26. Voie Biliaire Principale non dilatée mais refoulée en bas par le P.K., l'ampoule s'implante dans le duodénum au point inférieur de la cavité : il existe une image intéressante de P.K. circonscrit par le duodénum à droite et par le cholédoque à gauche. Duodénotomie : pas de sténose oddienne. Cathétérisme facile de la voie biliaire principale et du wirsung. Kysto-duodénostomie de 5 cms de haut au-dessus de la papille. Hémostase difficilement obtenue par des points appuyés de lin. Pancréatographie rétrograde : intégrité du canal de wirsung. Cholécystostomie. Biopsie pancréatique normale.
- Suites simples. Cependant, pendant un an, amélioration avec disparition des douleurs de l'hypocondre gauche, différentes de celles d'avant l'opération. Le malade ne souffre plus de la même manière. Il est revu en 1963. On parle alors de colite. Tous les examens radiologiques complémentaires sont normaux. Le malade est perdu de vue depuis 1963.
- Intérêt de l'observation : pseudo-kyste nécrotique juxta-duodénal de la tête avec intégrité parenchymateuse du corps et de la queue. Bons résultats après kysto-duodénostomie avec un recul de 3 ans, le malade étant perdu de vue depuis.

Observation n° 48

LOU. ... R., 32 ans, serrurier, éthylique présente en 1957 une crise de pancréatite oedémateuse prouvée par une intervention exploratrice suivie d'une accalmie. En 1961, nouvelle hospitalisation pour syndrome douloureux épigastrique associé à des vomissements. Les douleurs cèdent au traitement médical (l'amylasémie est successivement à 1.000 U.S., puis à 720 U.S. enfin à 50 U.S.). Fin 1961, après une nouvelle accalmie, réapparition de douleurs épigastriques s'associant cette

fois à un amaigrissement et à une tuméfaction abdominale sus-ombilicale surtout à droite, ovalaire et indolore. Examen radiologique : aspect laminé du premier duodénum. L'amylasémie est à 490 U.S. tandis qu'un affaissement progressif de la masse est noté.

- Intervention le 17 Janvier 1962 (P. Agr. MERCADIER) : pancréatite diffuse avec dilatation canalaire isthmique et P.K. extra-pancréatique de deux poings développé au-dessous du troisième duodénum et de la racine du mésentère. Kystographie : P.K. injecté ainsi que le duodénum et l'estomac par l'intermédiaire d'un pertuis. Pancréatographie directe. Distension du wirsung isthmique et rétrécissement de sa portion céphalique. Radiomanométrie pervésiculaire : rétrécissement des voies biliaires rétro-pancréatiques. Duodénotomie sur D.2 et D.3 au niveau de la zone altérée de la paroi interne correspondant à l'ouverture spontanée de la collection dans le duodénum. On réalisera une kystoduodénostomie qui est en fait insuffisante car le pseudo-kyste est situé au-dessous du troisième duodénum. Anastomose en sandwich pour conserver le segment caudal peu altéré et drainer le segment proximal à contre courant (anastomose TT entre la coupe du pancréas d'amont et l'extrémité de l'anse grêle en Y et termino-latérale pancréatico-jéjunale d'aval). Cholécysto-jéjunostomie complémentaire.
- Suites simples mais amélioration médiocre. Le malade est revu en 1964 : les douleurs persistent permettant un travail à mi-temps. Le malade a répondu au questionnaire de 1967 , il a eu depuis l'intervention une dizaine de crises douloureuses abdominales moins intenses qu'auparavant. Une diarrhée chronique s'est installée traitée par les anti-diarrhéïques classiques. Par contre, il a repris du poids mais n'a pas pu reprendre son travail (invalidité définitive). Il se plaint de troubles du caractère d'anorexie en estimant que l'intervention l'a un peu amélioré.
- Intérêt de l'observation : kyste de la tête extra-pancréatique ouvert spontanément dans l'angle du deuxième duodénum et du 3ème duodénum. C'est le seul cas de la statistique traité où une anastomose en sandwich a été pratiquée afin de réaliser un drainage complémentaire du wirsung. Résultat à considérer comme médiocre avec un recul de quatre ans.

Observation n° 49

Mr. LIB. ... J., 47 ans, éthylique connu, présente un amaigrissement de 6 Kgs en un an sans douleurs et sans anorexie. En Juin 1961, apparition d'un ictère transitoire. A la palpation, on sent une tête pancréatique volumineuse.

- Intervention le 28 Septembre 1961 (P. Agr. MERCADIER) : pancréatite scléreuse diffuse avec P.K. céphalique intra-parenchymateux associé à un pancréas de stase hypertrophié au niveau du corps. Kystographie : P.K. bas situé juxta duodénal avec communication avec les canaux comprimant le deuxième duodénum. Pancréatographie directe : distension canalaire et canaliculaire. Cholangiographie percystique : distension vésiculaire avec pression de passage élevée, mais sans anomalie des voies biliaires. Kysto-duodénostomie : évacuation d'un liquide gris intra-kystique. Hémi-pancréatectomie gauche avec splénectomie : le wirsung est gros comme un crayon et on procède à une pancréato-jéjunostomie T.T. sur anse montée en Y. Cholécysto-jéjunostomie préventive. L'intervention a été filmée de bout en bout.
- Laboratoire : Pancréatite chronique caractérisée essentiellement par des lésions interstitielles ne possédant pas une détermination canaliculaire.
- Suites simples : le malade est décédé en 1964 soit 3 ans plus tard. La cause de ce décès n'est pas connue.
- Intérêt de l'observation : coexistence d'un P.K. céphalique traité par kysto-duodénostomie et d'une pancréatite de stase corporéale et distension wirsunguienne traitée par hémi-pancréatectomie gauche et anastomose pancréato-jéjunale associée à une dérivation biliaire préventive.

Observation n° 50

SAM. ... M., 37 ans, industriel, ancien amibien, a subi en 1963 une cholécystectomie pour cholécystite aiguë. En 1964, laparotomie exploratrice blanche pour syndrome d'occlusion intestinale fait de douleurs abdominales vagues associées à des vomissements et à des niveaux liquides. Il s'agissait en fait de la première crise évoquant une attaque pancréatique. Depuis lors, les crises se répètent, siégeant à l'hypocondre gauche à irradiations dorsales. Examen radiologique : rigidité de la petite courbure de l'estomac. Hospitalisation à PARIS à la suite d'une nouvelle crise s'associant avec apparition d'une tuméfaction épigastrique.

- Intervention le 25 Juin 1965 (P. Agr. MERCADIER) : tête normale, mais P.K. gros comme une orange du corps refoulant la petite courbure de l'estomac avec induration de la glande en amont. Kystographie directe ; liquide hématique brun, P.K. non communiquant de siège intra-parenchymateux . Radiomanométrie percholédocienne voie biliaire principale normale avec passages oddiens normaux. Pancréatectomie d'amont avec exérèse de la partie gauche du P.K. et splénectomie.
- Histologie : le P.K. n'est pas retrouvé sur la pièce, mais la pancréatite chronique avec scléro-lipomatose atrophiante est notée, vraisemblablement développée en amont du P.K.
- Suites simples. Le malade a répondu au questionnaire de 1967 : il n'a plus souffert, a repris 10 Kgs, ne suit aucun régime et n'a pas changé de profession. Il estime que le résultat est excellent.
- Intérêt de l'observation : Pancréatite scléreuse atrophiante développée en amont d'un P.K. dont l'exérèse n'a été que très partielle. Résultat excellent avec un recul de 18 mois.

Observation n° 51

TALB. .. G., 40 ans, sans profession, éthylique sévère, présente depuis 1960 des douleurs épigastriques à irradiations dorsales. Ces crises vont se répéter à intervalles de plus en plus rapprochés réalisant des attaques de pancréatite récurrente. A noter une toxicomanie au palfium et un amaigrissement. Les examens radiologiques révèlent l'existence d'une hernie hiatale tandis que les voies biliaires sont normales. Il faut également noter l'existence d'une névrite optique bilatérale.

- Intervention le 28 Août 1965 (P. Agr. MERCADIER) : état inflammatoire marqué de l'étage sus-mésocolique avec pancréas altéré en totalité surtout au niveau de la tête et du corps où il est dur. Il existe une hypertension portale segmentaire avec accentuation de la circulation collatérale et rate doublée de volume. Ponction du pancréas au niveau de l'isthme : liquide clair. Kystographie : découverte d'une collection pseudo-kystique de 8 cms de diamètre non communiquante. Radiomanométrie pervésiculaire : dyskinésie cystique avec pression à 34 tandis que les voies biliaires sont intactes. Devant l'étendue des lésions et leur caractère inflammatoire , il est impossible de pratiquer une résection et on décide par conséquent de recourir à une cholécystectomie et à une splénectomie pour éviter une hémorragie. Il est également fait un drainage du pseudo-kyste. Incision du pseudo-kyste au-dessous du mésocôlon avec évacuation des caillots de sang. Il survient alors une hémorragie maîtrisée par tamponnement de la poche. Drainage externe par une sonde de Pezzer. Splénectomie : la veine semble thrombosée. Cholécystectomie.
- Laboratoire : La rate est normale. Il n'existe pas de lithiase vésiculaire dont les parois sont normales mais le col vésiculaire est fibreux et inflammatoire, comprimé par un ganglion hyperplasié et réticulaire.
- Les suites sont simples. Mais en Octobre 1965, un transit de l'estomac révèle une image inexpliquée de refoulement de la grande courbure. Au début 1966, le malade souffre à nouveau et recommence à boire de l'alcool. Il répond au

questionnaire. Il se plaint de douleurs moins intenses qu'avant l'intervention ; il a souvent de la diarrhée mais a repris du poids. Il estime que l'intervention l'a beaucoup amélioré. Il n'existe pas de diabète connu. Le seul traitement suivi est antispasmatique.

- Intérêt de l'observation : L'étendue des lésions anatomiques et leurs caractères inflammatoires avancés associés à une hypertension portale coexistant avec un pseudo-kyste intermédiaire extra-pancréatique ont empêché de faire une exérèse pancréatique. On s'est contenté d'un drainage externe et d'une splénectomie. Le résultat semble être moyen avec un recul actuel de 18 mois.

Observation n°52

Mr. TACC. .. C., 55 ans, subit en 1951 une gastrectomie pour ulcère gastrique. Six ans plus tard, des douleurs épigastriques et de l'hypocondre gauche apparaissent calmées par la véganine et la compression, mais accompagnées d'anorexie et d'un amaigrissement avec altération de l'état général. L'amylasémie est à 241 U.S. L'examen des selles révèle une digestion insuffisante des graisses.

- Intervention le 12 Février 1959 (P. Agr.MERCADIER) : il existe un P.K. intra-parenchymateux intéressant la région corporéo-caudale. Alors que la tête est absolument normale, par contre, au niveau du corps existe une infiltration très dure qui fait bloc avec, d'une part la petite courbure du moignon gastrique, et d'autre part le foie. Au delà de cette infiltration existe une dilatation kystique du volume d'un oeuf du corps du pancréas et de la queue. Après libération des adhérences et compte tenu de l'importance de la lésion pancréatique, il apparaît impossible de pratiquer d'emblée une pancréatectomie gauche et on se contente d'un drainage externe après évacuation du pseudo-kyste. Le liquide est clair. Cholécystostomie.
- Les suites sont simples. Le malade sort à la 3ème semaine. Réintervention le 17 Juin 1959 (P. Agr. MERCADIER) : il existe une adhérence du pancréas à la face postérieure de l'estomac, alors que la rate contracte de nombreuses adhérences avec le diaphragme. On décide de procéder à une pancréatectomie gauche avec splénectomie, la section du parenchyme pancréatique porte en regard de la partie droite du rachis. Le wirsung est perméable en aval et il est lié séparément ainsi que l'artère et la veine splénique.
- L'examen histologique (Dr. POTET) révèle l'existence d'une pancréatite chronique scléreuse intense ancienne où ne subsistent que des îlots, associée à un stade d'atrophie considérable. De plus, on note une dilatation des canaux excréteurs, surtout au niveau de la queue. Ils sont nombreux et il existe des pseudo-diverticules, mais pas de lithiase.
- Les suites sont simples. Le malade sort au 14ème jour, mais les douleurs épigastriques persistent moins intenses qu'avant l'intervention. Le malade maigrit et il apparait une masse du creux épigastrique.
- Le 14 Mars 1960, réintervention (P. Agr. MERCADIER) : on note des métastases diffuses dans la partie supérieure de l'abdomen et des métastases hépatiques, la masse perçue étant néoplasique. Biopsie : adéno-carcinome secondaire du foie d'origine digestive. Décès 15 jours plus tard.
- Intérêt de l'observation : pseudo-kyste survenu huit ans après une gastrectomie pour une lésion qui n'avait pas fait sa preuve. La communication avec le wirsung n'a pu être précisée. Le traitement a été fait en deux temps : 1° - drainage externe. 2° - pancréatectomie gauche quatre mois plus tard. Un an environ après la dernière intervention, on note au cours d'une nouvelle laparotomie exploratrice l'existence de métastases hépatiques d'origine digestive. Décès du malade.

ETUDE DES COLLECTIONS APPARUES SUR PANCREATITE CHRONIQUE CALCIFIANTE

Observation n° 53

BLO. ... F., 46 ans, monotypiste, présentant un contexte éthylique accuse depuis 1961 des douleurs épigastriques modérées d'abord post-prandiales associées à des vomissements, douleurs qui tendent à devenir quotidiennes et irradiant dans le dos. En Mars 1963, hospitalisation à DAX : amylasémie à 320 U.S., état paradiabétique à 2,60 gr., amaigrissement de 11 Kgs, une petite masse est palpée dans l'hypocondre gauche. Les examens radiologiques révèlent un léger refoulement de la petite courbure de l'estomac et surtout l'existence de calcifications au niveau de la tête et de la queue du pancréas.

- Intervention le 23 Avril 1964 (P. Agr. MERCADIER) : pancréatite avec calcifications disséminées. Il existe trois pseudo-kystes extra-pancréatiques : l'un à la face postérieure de l'isthme et deux à la face antérieure de la queue. La vésicule est distendue mais non lithiasique. Wirsungographie : canal dilaté avec calculs. Radiomanométrie pervésiculaire : il n'existe pas de dyskinésie mais un cholédoque un peu dilaté avec passages oddiens faciles. Devant l'existence de lésions disséminées de la tête à la queue, on décide de pratiquer une pancréatectomie presque totale en gardant le petit pancréas de Winslow qui est moins altéré. Au cours de la dissection, on découvre un pseudo-kyste situé entre le plan veineux et la face postérieure de l'isthme. Drainage du cholédoque par un tube en T.
- Histologie : aspect intense de cirrhose pancréatique avec kystes multiloculaires de la queue en grande partie d'origine canalaire et quelques uns à contenu plus ou moins nécrotiques. Cette pancréatite scléreuse kystique est associée à une lithiase importante des tronc collecteurs principaux. Discrète sclérose portale non inflammatoire.
- Suites : un mois et demi après l'intervention apparaît une fistule pancréatique qui est rapidement tarie. Le malade ne présente pas de douleurs, l'appétit est normal, la glycémie est normalisée avec le régime et avec 15 unités d'insuline.
- Intérêt de l'observation : association de kystes canalaires et de pseudo-kystes nécrotiques. Pancréatectomie presque totale. Malade perdu de vue.

Observation n° 54

BOU. ... C., 58 ans, électricien, présente depuis 1958 des crises douloureuses épigastriques irradiant à droite et en arrière, calmées par l'antéflexion du tronc. Ces crises se répètent avec une fréquence croissante jusqu'en 1961 où elles surviennent tous les huit jours. Hospitalisation à PARIS en 1961 : pancréatite avec éléments calcifiés, associée à un état paradiabétique et à une insuffisance de digestion des graisses et des fibres à l'examen des selles. Période d'accalmie de 1961 à 1963. En 1963 : amaigrissement de 10 Kgs associé à l'apparition de nouvelles crises intenses dont une est localisée à l'hypocondre droit et calmée partiellement par l'aspirine. Gastroscopie : la biopsie révèle une gastrite épithéliale. Laparoscopie : montre une grosse masse de l'hypocondre gauche avec accentuation de la circulation collatérale. L'absorption de la trioléïne est perturbée.

- Intervention le 19 Juin 1963 (P. Agr. MERCADIER) : pseudo-kyste intermédiaire de la région coeliaque s'étendant jusqu'à la face antérieure de l'isthme. Ponction : liquide clair. Kystographie : collection parallèle au bord supérieur du pancréas. Cholangiographie pervésiculaire : le cystique est franchi à 32,

le segment inférieur du cholédoque ne se remplit qu'à une pression élevée. Hémi-pancréatectomie gauche plus splénectomie sans toucher au P.K. : anastomose termino-terminale entre la tranche pancréatique et l'anse montée et latéro-latérale sur le P.K. et cholécysto-jéjunale latéro-latérale.

- Histologie : Très intense pancréatite chronique avec régression extrême des éléments glandulaires associée à une lithiase canalaire sur des canaux excréteurs dilatés. Intensité de l'hypertrophie nerveuse.
- Suites simples.
- Suites à distance. En 1964 le malade est revu, soit un an après, il ne souffre plus, accuse une légère stéatorrhée, il a grossi puisqu'il pèse 54 Kgs, mais il refuse toujours de reprendre son travail. Le malade a répondu au questionnaire : il a repris du poids, n'a plus souffert à l'exception d'une crise douloureuse transitoire. Pas de diabète connu.
- Intérêt de l'observation : ce malade a présenté un pseudo-kyste extra-pancréatique intermédiaire sur une pancréatite scléreuse calcifiante à prédominance caudale. Résultat excellent avec un recul de 6 ans 1/2.

Observation n° 55

Mr. COCQ. ... E., 41 ans, menuisier, présente en 1959 des douleurs épigastriques avec vomissements survenant par crises de 48 heures, associées à un amaigrissement de 8 Kgs. Hospitalisation en 1963 à CALAIS à la suite d'une nouvelle crise. Laparotomie exploratrice : sclérose pancréatique. Accalmie de 4 mois, puis reprise des crises une fois par mois, puis tous les 15 jours. Les douleurs irradient en arrière au niveau de l'hypocondre droit ; elles sont calmées par le palfium et s'associent à des selles décolorées. En 1965 : calcifications de tout le pancréas (crise douloureuse la veille de l'intervention).

- Intervention le 21 Juin 1965 (P. Agr. MERCADIER) : pancréas altéré en totalité surtout au niveau de la tête de l'isthme. Le canal de wirsung est distendu au niveau du corps et de la queue. La vésicule est flasque et distendue. Pancréatographie directe : pseudo-kyste de l'isthme en amont d'un rétrécissement du canal au niveau de son segment céphalique. Radiomanométrie pervésiculaire : passage cystique à 25 et passages oddiens faciles tandis que la voie biliaire est normale. En raison de la prédominance des lésions au niveau de la tête et du caractère relativement peu altéré de la queue, on décide de faire une duodéno-pancréatectomie avec rétablissement de la continuité à la Child, associée à une cholécystectomie.
- Examen histologique (Dr. MARTIN) : l'examen macroscopique de la pièce révèle que le canal de wirsung est dilaté et la radiographie qu'il existe des microcalcifications dans le parenchyme et dans le canal de wirsung. L'injection des canaux montre la présence de plusieurs cavités kystiques dont une volumineuse au niveau de la tête de siège para duodénal. Ces cavités sont remplies de concrétions calculeuses blanchâtres et d'une sécrétion colloïde. L'examen histologique montre une sclérose péricanalaire prédominante au niveau de la tête et du corps. Les canaux excréteurs sont distendus et les cavités kystiques sont bordées par des reliquats épithéliaux atrophiques ou directement limitées par la sclérose. Elles sont comblées par des amalgames nécrotiques et calcifiés. A noter qu'il existe dans les premiers millimètres du canal de Wirsung une obstruction faite d'amalgames nécrotiques muqueux et calcifiés. Bref, il s'agit d'une pancréatite scléro-atrophique calcifiante dont la structure est celle d'une cirrhose pancréatique avec véritable dilatation polykystique des canaux mais sans caractère de mucoviscidose. Il existe au niveau du canal de Wirsung terminal une obstruction du canal qui est totale par une lithiase enchatonnée.
- Suites opératoires : les suites opératoires immédiates sont troublées par une hyperthermie, la sortie du malade se fait au 21ème jour. Un petit diabète est apparu. Le malade est revu en consultation en 1966, état diabétique(Dr. BERNIER). Le malade a répondu au questionnaire en 1967 : il ne se plaint plus de douleurs

abdominales, a repris du poids et n'a pas changé de profession. Un état diabétique est apparu depuis le mois de Décembre 1965 pour lequel le malade est traité par l'insuline à raison de 15 unités par jour. Il prend également des extrait de pancréas lyophilisés. Bref, le malade dit qu'il a été totalement soulagé par l'intervention.

- Intérêt de l'observation : importance des lésions céphaliques que ne laissaient pas prévoir les examens clinique et radiologique. Pseudo-kyste de la tête associé à des lésions d'hydro-pancréatose et à un rétrécissement du wirsung céphalique en aval du pseudo-kyste. L'examen histologique confirme le diagnostic de pancréatite scléreuse calcifiante avec calculs au niveau des canaux et dilatation polykystique de ceux-ci associée à une sténose du wirsung céphalique. Le résultat à distance peut être considéré comme bon compte tenu d'un recul actuel de 18 mois.

Observation n° 56

Mr. CLI. ... R., 50 ans, industriel, éthylique, est opéré le 25 Avril 1958 (P. Agr. MERCADIER) avec le diagnostic de lithiase pancréatique : altération du pancréas dans sa totalité, la tête est augmentée du volume d'un poing et la queue est dure et infiltrée par des concrétions calcaires. Il existe quelques taches de cytostéatonécrose au niveau du bord inférieur de la glande et sur le mésocolon. La vésicule est un peu dilatée sans calcul et le cholédoque est gros comme un crayon. Le foie est un peu cirrhotique mais la rate est normale. Pancréatographie directe : injection du wirsung et visualisation des calculs : la poche est à cheval sur la tête et l'isthme et contient des calculs. Radiomanométrie pervésiculaire : distension avec nécessité d'élever la pression à 32 pour passer le cystique avec dilatation modérée de la voie biliaire principale et rétrécissement rétro pancréatique associé à des passages oddiens faciles. Duodénotomie. Sphinctérotomie : tentative infructueuse de cathétérisme rétrograde du wirsung. Ouverture du wirsung au niveau de l'isthme et extraction de calculs contenus dans le canal et dans le pseudo kyste canalaire. Impossibilité de passer du pseudo kyste dans le duodénum. On doit faire une kystoduodénostomie en incisant sur 3 à 5 cm. de hauteur la paroi du duodénum et du parenchyme pancréatique séparant les lumières duodénales du pseudo kyste. Drainage du wirsung par un drain en T. Cholécystostomie.

- Suites simples.
- Suites à distance. Nette amélioration mais existence d'un diabète traité par l'insuline. Le malade ne souffre que tous les deux mois, a repris du poids et n'a pas de diarrhée. Le malade a répondu au questionnaire de 1967 : il ne présente plus de douleurs abdominales, est toujours traité pour son diabète par l'insuline, n'a pas de troubles du transit et a repris du poids. Ce malade a dû changer de profession et estime que l'opération l'a beaucoup amélioré.
- Intérêt de l'observation : pseudo kyste de la tête greffé sur pancréatite calcifiante avec lithiase du canal de wirsung traité par kystoduodénostomie transduodénale. Le résultat peut être considéré comme bon avec un recul de huit ans.

Observation n° 57

Mr. CRE. ... P., 42 ans, est opéré à CAEN pour des douleurs de type pancréatique survenues depuis plusieurs années. Il subit alors une splanchnicectomie. Hospitalisation à PARIS fin 1954 : calcifications de l'aire pancréatique.

- Intervention le 14 Octobre 1954 (Dr HEPP, P. Agr. MERCADIER) : avec le diagnostic de pancréatite calcifiante évoluant depuis plusieurs années, associée à un amaigrissement important. Le pylore et le duodénum sont étirés par un pseudo kyste de la tête intra-parenchymateux alors que le pancréas est hypertrophié avec wirsung bosselé au niveau du corps et du tubercule caudé. La vésicule est

flaccide et atone. La voie biliaire principale est dilatée. Kystographie : il existe une collection du processus uncinatus communiquant avec le wirsung qui est bosselé par des kystes au niveau du corps sans injection du segment céphalique et sans passages duodénaux. Radiomanométrie vésiculaire : dilatation de la voie biliaire au-dessus de la compression par le pseudo-kyste alors qu'elle est rétrécie en dessous, les passages duodénaux sont difficiles mais effectifs. Cholécystostomie. Kysto-duodénostomie à minima, mais hémorragies importantes par blessure de l'artère gastro-duodénale obligeant à pratiquer une hémigastrectomie type Finsterer. Drainage du canal de wirsung par un drain introduit par voie directe après wirsungotomie associé à un forage d'un néocanal jusque dans le duodénum et à une extraction de concrétions calcaires. Le drain sort à la Volker drainant également le P.K.

- Histologie : pas de paroi épithéliale au pseudo-kyste mais coque fibreuse contenant des dépôts nécrotiques. Pancréatite nécrosante kystique.
- Suites favorables. Amélioration nette, mais en 1955 des douleurs reprennent avec avec digestion difficile cédant sous traitement médical. En Novembre 1956 : reprise du poids et de l'activité avec disparition des douleurs, mais alternance de diarrhées et de constipations. En 1961, le malade va bien. Perdu de vue depuis.
- Intérêt de l'observation : blessure de l'artère gastro-duodénale au cours d'une tentative de kysto-duodénostomie. Association d'un pseudo-kyste nécrotique de la tête à des pseudo-kystes rétentionnels branchés en dérivation sur le canal de wirsung et à une lithiase canalaire. Drainage du pseudo-kyste par forage d'un néocanal entre le wirsung et la paroi interne du duodénum. La tentative de kysto-duodénostomie ayant entraîné une hémorragie importante. Malade perdu de vue depuis 1961 mais bon résultat avec un recul de sept ans.

Observation n° 58

Mr. DA. .... A., 54 ans, présente depuis 1942 des pesanteurs épigastriques post-prandiales ayant entraîné en 1950 une gastrectomie pour gastrite. Cette opération a été suivie d'un ictère transitoire qui va réapparaître lors des crises douloureuses ultérieures. En effet, en 1954, le malade a maigri de 10 Kgs et présente des crises douloureuses de l'hypocondre gauche irradiant dans le dos et s'associant à un état para-diabétique. Les examens radiologiques révèlent des calcifications pancréatiques. En 1955 survient une diarrhée noire tandis que les douleurs persistent. En 1957 surviennent des crises de pancréatite typique durant 8 jours et l'on porte le diagnostic de pancréatite chronique calcifiante récidivante : amaigrissement, ictère intermittent tandis que l'amylasémie est normale.

- Intervention le 23 Janvier 1957 (P. Agr. MERCADIER) : le pancréas est altéré dans sa totalité, dur et irrégulier. Il existe un pseudo-kyste intra-parenchymateux intermédiaire fusionnant la face antérieure du pancréas avec le moignon duodénal et la queue de raquette gastrique. La voie biliaire principale est normale. La circulation collatérale est accentuée. Pancréatographie directe : le wirsung est normal et le pseudo-kyste est communiquant et se trouve dessiné à la partie moyenne de la glande. Splénectomie pour blessure accidentelle de la rate. Portographie : pression à 25, blocage de la veine splénique. Radiomanométrie pervésiculaire : pression de passage élevée au niveau du cystique. Il n'existe pas d'anomalie. Devant l'impossibilité de l'exérèse et d'une anastomose wirsungo jéjunale, on décide de tenter un drainage direct du wirsung. Duodénotomie : le cathétérisme du wirsung bute au-delà de 4 cms. Cathétérisme du Santorini jusqu'à 10 cms entraînant un jet de sang noir inexpliqué. Sphinctérotomie et drainage externe du wirsung par drain transphinctérien. Cholécystostomie.

- Laboratoire : sclérose dense au niveau du pancréas.
- Suites simples.
- Suites à distance : on apprend en 1966 que le malade est décédé en 1959 "des suites de sa maladie". Aucune information complémentaire n'a pu être obtenue.
- Intérêt de l'observation : ce malade a présenté une pancréatite chronique calcifiante sept ans après avoir subi une gastrectomie sans que l'on puisse affirmer de façon formelle un rapport de cause à effet. Il s'agissait d'un pancréas de fer avec intégrité des canaux, mais associé à un pseudo-kyste au niveau de la région intermédiaire et à une hypertension portale mais sans lithiase canalaire associée à une sténose isthmique du wirsung. Le malade est décédé deux ans après son intervention. Son décès semble avoir été en rapport avec sa maladie pancréatique.

Observation n° 59

r. DELAC. .. G., 44 ans, éthylique, qui boit 2,5 litres de whisky par jour et fume deux paquets de cigarettes, présente depuis 1956 et jusqu'en 1960 des crises douloureuses de l'hypocondre droit et irradiant dans le dos, accompagnées chaque fois d'un ictère de 5 jours. Ces crises surviennent la nuit après un repas copieux. Hospitalisation à PARIS en 1960, amaigrissement, anorexie, pas de masse abdominale palpable.

- Intervention le 10 Novembre 1960 (P. Agr. MERCADIER) : foie cirrhotique, vésicule distendue, volumineux pseudo-kyste de la tête gros comme un poing tandis que le reste du pancréas est normal. Il n'existe pas d'hypertension portale. Kystographie : contenu purulent et nécrotique du P.K. dont la cavité juxta-duodénale est opacifiée. Radiomanométrie percholédocienne par ponction directe : distension des voies biliaires avec reflux dans la vésicule avec passage oddien. Duodénotomie. Kysto-duodénostomie : la collection saille au-dessus de la papille effondrement de la paroi externe du kyste et évacuation ; le fond de la poche est tapissé de calcifications. Les bords sont ourlés à la muqueuse duodénale de façon à former une bouche de 4 cms de haut et 2 cms de large. On pénètre dans le wirsung. Pas de pancréatographie rétrograde en raison de l'état inflammatoire du pancréas. Cholédocotomie : boue biliaire. Cathétérisme de haut en bas du cholédoque. Sphinctérotomie sur tire papille. Tube en T dans le cholédoque. Cholécystectomie. Cholangiographie de contrôle ; le cholédoque est devenu perméable car il était seulement comprimé par le P.K.
- Laboratoire : cholécystite chronique scléro-atrophique et foie de stase hépatique.
- Suites simples. Perdu de vue. On apprend en 1966 que le malade est décédé il y a cinq ans, soit un an après l'intervention sans qu'on puisse connaître la cause exacte de la mort.
- Intérêt de l'observation : pseudo-kyste nécrotique de la tête chez un éthylique avéré porteur d'une pancréatite calcifiante ayant entraîné une importante compression du cholédoque rétro-pancréatique et une stase biliaire en amont avec boue biliaire. Cette compression a régressé après évacuation du P.K.

Observation n° 60

r. DEJ. ... J., 34 ans, tourneur et éthylique, présente en 1961 des douleurs épigastriques. Le diagnostic de gastrite est porté et un traitement par les pansements gastriques habituels apporte une amélioration. En 1964 : à la suite de l'absorption de mayonnaise survient une crise douloureuse très violente épigastrique transfixiante diminuée par l'antéflexion du tronc. La crise dure une semaine. Depuis cette crise le malade présente deux accès douloureux par an.

En 1966, amaigrissement de 5 Kgs en trois mois, puis reprise du poids en Juillet 1966. La glycémie est à 3,10 gr. Les examens radiologiques révèlent des calcifications de l'aire pancréatique.

- Intervention le 30 Juillet 1966 (P. Agr. MERCADIER) : le pancréas est altéré dans sa totalité avec tuméfaction de la tête. Il existe une dilatation des veines de l'étage sus-mésocolique. Echec de ponction de la masse céphalique. On décide de pratiquer une pancréatectomie presque totale devant le caractère diffus des lésions et l'absence de distension canalaire. Au cours de la libération du bord droit du tronc porte, on tombe sur une cavité d'allure kystique. Après l'éxérèse de la pièce, l'intervention est terminée par une radiomanométrie pervésiculaire qui ne révèle pas de calcul, mais un léger rétrécissement de la voie biliaire rétropancréatique.
- Histologie : le pancréas est transformé en un bloc de sclérose englobant de multiples foyers calcifiés exempts de formations kystiques. Les lésions de sclérose prédominent sur la queue. Les canaux excréteurs sont dilatés et occupés par des formations calcifiées. Le malade a répondu au questionnaire de 1967 : il se plaint encore de douleurs abdominales moins intenses qu'avant l'intervention, ne supporte pas l'alcool, les épices et les féculents, a un peu de diarrhée mais a repris du poids. Il ne s'estime qu'un peu amélioré par l'intervention et envisage de changer prochainement de profession. Il a un diabète connu et équilibré
- Intérêt de l'observation : pancréatectomie presque totale pour pancréatite calcifiante sans distension du wirsung avec découverte d'un pseudo-kyste à la face postérieure de la tête au cours de la libération du tronc porte. Le résultat peut être considéré comme moyen compte tenu de l'importance des lésions lors de l'intervention, mais le recul n'est actuellement que de six mois.

Observation n° 61

Mr. DUBOS. .. J., 44 ans, est opéré le 1er Août 1959 par le P. Agr. MERCADIER en vue d'une laparotomie exploratrice à la suite de la découverte d'une masse épigastrique : pseudo-kyste nécrotique intra-parenchymateux de la tête. Le foie est normal ainsi que l'arbre biliaire. Le corps et la queue du pancréas n'apparaissent pas altérés . De même, il n'existe pas d'hypertension portale. Kystographie : remplissage du pseudo-kyste. Cholangiographie pervésiculaire : aucun passage dans le canal cystique. Kysto-duodénostomie transduodénale : le pseudo-kyste contient un liquide hématique plein de caillots. Cholécystostomie.

- Suites simples. Quatre mois après, réapparition des douleurs irradiant dans le dos associées à des vomissements, à des selles décolorées sans ictère et à une masse qui est palpée en haut et à droite de la ligne médiane. L'amylasémie est à 256 U.S.
- Réintervention le 23 Novembre 1959 (P. Agr. MERCADIER) : diagnostic pré-opératoire : récidive du pseudo-kyste nécrotique de la tête avec pancréatite d'amont. Diagnostic opératoire : les éléments de l'étage sus-mésocoliques sont oedématiés et succulents. La tête est infiltrée par la sclérose sans cavité kystique. Le segment intermédiaire du pancréas est occupé par une poche rénitente grosse comme un poing, adhérente à gauche au corps gastrique. Le segment caudal est dur et augmenté de volume. Pas de signe d'hypertension portale. Ponction de la poche : existence de pus franc. Kystographie : injection d'une cavité grosse comme une orange tandis que l'aspiration du liquide gastrique ramène du pus témoignant de la fistulisation spontanée de la poche dans l'estomac. Radiomanométrie pervésiculaire : passages normaux à tous les étages. Duodénotomie : cathétérisme de la papille. On pénètre dans le wirsung sur 6 cms, mais on bute sur un élément infranchissable. Cathétérisme du canal de santorini : un tube de polythène atteint la queue sans difficulté. Pancréatographie rétrograde : abre canaliculaire normal, pas de communication avec le pseudo-kyste mais à la jonction

du wirsung et du santorini existent deux calculs, l'un gros comme un pois, l'autre gros comme une lentille, constituant l'obstacle sur lequel butait le cathétérisme du wirsung. Gastrotomie antérieure : on voit la fistule spontanée qui est agrandie, extraction de pus et de fragment de pancréas nécrosé. Drainage du santorini par un tube sortant à la Volker. Cholécystostomie.

- Laboratoire : pus avec présence de colibacilles.
- Suites simples, mais évolution de la destruction pancréatique.
- Intérêt de l'observation : ce malade a présenté deux pseudo-kystes nécrotiques du pancréas, l'un traité avec succès par kysto-duodénostomie, l'autre quatre mois après pseudo-kyste infecté avec fistulisation spontanée dans l'estomac traité par kysto-gastrostomie et double drainage pancréatique et biliaire. Ces pseudo-kystes sont en réalité secondaires à une poussée aiguë sur pancréatite scléreuse avec lithiase du wirsung mais perméabilité du canal de santorini. Malade perdu de vue.

Observation n° 62

Mr. ERO.. A., 60 ans, représentant et éthylique modéré, présente depuis trois ans des douleurs abdominales calmées par le café et l'alcool. Depuis un an, douleurs para-vertébrales gauches avec irradiations dorsales et latérales droites, douleurs intermittentes souvent nocturnes associées à un amaigrissement de 7 Kgs en 14 mois. Le malade reprend du poids entre les crises. Au cours de celles-ci les selles sont assez souvent mastic et la glycémie est à 1,20 gr. Les examens radiologiques révèlent un léger rétrécissement de la voie biliaire rétro-pancréatique associé à une altération du cadre duodénal et à des calculs le long du wirsung de taille croissante de la tête à la queue du pancréas. L'amylasémie est à 250 U.S.

- Intervention le 3 Février 1966 (P. Agr. MERCADIER) : hydropancréatose diffuse de l'isthme et de la queue. Pseudo-kyste à la jonction de la tête et de l'isthm intra-parenchymateux gros comme une orange. La vésicule est flasque et les voie biliaires sont normales. Kystographie : contenu clair du pseudo-kyste, injection de celui-ci et du canal de wirsung qui contient des calculs. Cholangiographie pervésiculaire : passage cystique à 22 avec léger rétrécissement de la voie biliaire rétro-pancréatique. Extraction de calculs du wirsung. Anastomose pancréato jéjunale en latéro latérale sur 10 Cms et cholécysto jéjunale sur la même anse en Y.
- Suites favorables. Le malade a été revu trois mois après, soit en Juin 1966, il va bien et a repris du poids. Le malade a répondu au questionnaire de 1967 : il a présenté un mois après l'intervention des douleurs moins intenses qu'auparavant. Diarrhée intermittente, mais a repris 3 Kgs et demi. Il estime que l'intervention l'a beaucoup amélioré. Pas de diabète connu.
- Intérêt de l'observation : dilatation du canal de wirsung associée à une lithiase canalaire et à un pseudo-kyste à contenu clair de l'isthme. Dérivation pancréato digestive et biodigestive sur une anse en Y. Le P.K. a été drainé par le wirsung. Résultat moyen avec un recul de un an.

Observation n° 63

Mr. FAS.. S., 32 ans, cultivateur, présente depuis 1949 des crises douloureuses épigastriques associées en 1954 à un ictère et de la fièvre. En 1956 : existence de calcifications pancréatiques. L'amylasémie est à 190 U.S. En 1958, survient une crise épigastrique très violente associée à des vomissements et calmée par la morphine et la pression locale. Ces crises se rapprochent pour survenir une fois par semaine, elles s'associent à des digestions difficiles des graisses et des épisodes fréquents de diarrhée avec selles pâteuses et parfois décolorées.

Un amaigrissement de 10 Kgs est à noter en 10 ans. L'amylasémie est à 218 U.S. Des calcifications de la tête pancréatique existent radiologiquement.

- Intervention le 3 Juin 1959 (P. Agr. MERCADIER) : la totalité de la glande est dure, rouge et inflammatoire tandis que la tête est déformée par un pseudo-kyste intra-parenchymateux gros comme une orange. Le canal de wirsung est distendu. Pancréatographie directe : le wirsung est distendu avec injection du canal de santorini. Radiomanométrie pervésiculaire : existence d'un canal commun à la jonction du cholédoque et du canal de wirsung avec des passages faciles dans le duodénum. Drainage du wirsung par wirsungo jéjunostomie latéro terminale sur une anse en Y associée à une cholécysto jéjunostomie termino latérale sur la même anse.
- Suites simples. Sortie au 10ème jour. Le malade a répondu au questionnaire de 1967 : il n'a plus souffert, peut manger n'importe quel aliment , a de la diarrhée de temps à autre, a repris du poids et n'a pas changé de profession. Il est traité par les extraits pancréatiques 10 jours par mois. Il s'estime beaucoup amélioré et n'a pas de diabète connu.
- Intérêt de l'observation : pseudo-kyste de la tête communiquant secondaire à une poussée aiguë sur pancréatite calcifiante sans lithiase canalaire, mais avec dilatation canalaire traitée par une déviation interne sur le canal de wirsung. Le résultat peut être considéré comme bon avec un recul de sept ans.

Observation n° 64

Mr. HU. ... G., 57 ans, manutentionnaire, éthylique, présente depuis 1963 des crises douloureuses épigastriques à irradiations dorsales d'allure pseudo-ulcéreuses. Les examens radiologiques montrent des calcifications pancréatiques ainsi qu'une bulbite et une gastrite. Le traitement anti-ulcéreux est sans efficacité. Hospitalisation à PARIS : région épigastrique sensible mais sans masse palpable.

- Intervention le 24 Juillet 1963 (P. Agr. MERCADIER) : pancréas altéré en totalité, surtout au niveau de la tête où l'on palpe des calculs. La vésicule est distendue et flasque. Pancréatographie directe : liquide clair sous tension, le wirsung est très dilaté contenant des calculs. Injection du pseudo-kyste céphalique. Radiomanométrie pervésiculaire : franchissement du cystique à une pression élevée, la voie viliaire principale n'est pas dilatée, mais il existe un segment rétro-pancréatique un peu effilé. Duodénotomie : l'exploration de la papille et du segment terminal du wirsung est normale. Longue incision du canal de wirsung de la tête à la queue : anastomose jéjuno pancréatique termino latérale et cholécysto jéjunale sur une anse en Y.
- Histologie : Intense pancréatite chronique scléreuse.
- Suites simples : sortie au 15ème jour. Le malade est revu en 1965 et est très amélioré. Il a répondu au questionnaire de 1967, il a présenté depuis l'intervention trois crises douloureuses mais moins intenses qu'avant l'intervention. Il ne peut pas manger de graisses, il n'a pas de diarrhée, il a repris du poids, il est traité par le dolipol pour un diabète connu bien équilibré. Le malade estime que l'opération l'a beaucoup amélioré mais il a dû changer de profession.
- Intérêt de l'observation : pseudo-kyste par rétention de la tête en dérivation sur le canal de wirsung greffé sur pancréatite clacifiante. La lithiase canalaire présumée n'a pas été vérifiée à l'ouverture du canal. Le résultat peut être considéré comme moyen avec un recul de trois ans et demi.

Observation n° 65

Mr. JAC. ... L., 36 ans, éthylique présente en Décembre 1961, un syndrome douloureux abdominal évoquant une perforation d'ulcère. Traitement médical. En Juin 1964, apparition d'un amaigrissement de 5 Kgs associé à des douleurs vives épigastriques, à une masse épigastrique. Les radiographies pratiquées montrent l'existenc

de calcifications pancréatiques. La masse abdominale se précise le mois suivant, elle est arrondie, ferme à droite de la ligne médiane.

- Intervention le 9 Juillet 1964 (P. Agr. MERCADIER) : pancréatite diffuse avec aspect succulent de l'estomac et du duodénum. Kyste intra-parenchymateux de la tête qui est doublée de volume. La vésicule et la voie biliaire principale sont normales. Radiomanométrie pervésiculaire : passage du cystique à 25. Voies biliaires normales et passage oddien net. Kystographie : la collection déborde le cholédoque à droite, à 6 et 7 cms de diamètre et vient au contact de la paroi duodénale, ce qui rend impossible une pancréatectomie totale en raison du danger vasculaire. Wirsungographie directe : le wirsung est dilaté, sinueux et ne communique pas avec le pseudo-kyste. Duodéno-pancréatectomie. Cholécystostomie.
- Laboratoire : sclérose pancréatique majeure associée à une lithiase canalaire diffuse intense et un kyste nécrotique volumineux à la fois intra et extra parenchymateux communiquant avec certains canaux excréteurs partiellement comblés par la lithiase.
- Suites simples. Malade perdu de vue.
- Intérêt de l'observation : pseudo-kyste nécrotique de la tête vraisemblablement secondaire à une poussée aiguë sur un fond de pancréatite chronique calcifiante. Perdu de vue.

Observation n° 66

r. KOV. ... T., 47 ans, ébéniste artisan, éthylique, présente en Février 1961 une asthénie associée à un amaigrissement de 15 Kgs avec anorexie. Un mois plus tard, apparaissent des douleurs épigastriques hautes. On découvre alors une tuberculose pulmonaire. Les examens radiologiques montrent des calcifications de l'aire pancréatique, associées à une déformation du bord interne du duodénum. La biliographie révèle une voie biliaire principale dilatée. En Juin 1961 surviennent des douleurs quotidiennes après les repas durant une heure sans trouble du transit associé, irradiant en arrière et associées à une poussée de rétention biliaire. Le malade est obligé de prendre du palfium.

- Intervention le 11 Août 1961 (P. Agr. MERCADIER) : corps et queue indurées sans dilatation canalaire, pseudo-kyste de la partie inférieure de la tête. Cholangiographie pervésiculaire : échec. Kystographie : pseudo-kyste de la partie inférieure du pancréas gros comme une orange contenant du liquide clair. Cholangiographie par le cholédoque : importante dilatation de tout l'arbre biliaire au-dessus du pancréas. Il faut monter au-dessus de 35 pour avoir l'image du bas cholédoque. La voie biliaire s'implante à la jonction du deuxième et du troisième duodénum. Duodénotomie longitudinale : le pseudo-kyste saille au-dessus de la papille. Kysto-duodénostomie avec suture du kyste à la muqueuse. Echec du cathétérisme rétrograde du wirsung. Cholédocotomie supraduodénale. Sphinctérotomie à l'aide du tire papille, l'exploration à l'aide d'un stylet est poussée jusque dans la vésicule sans obstacle. Cholécystostomie.
- Suites simples. Un mois plus tard surviennent des douleurs, une amylasémie à 526 U.S. Le malade est traité par l'iniprol. En Octobre 1961, disparition des douleurs, le malade a repris du poids, il survient un petit diabète traité par le dolipol. Le malade a repondu au questionnaire de 1967. Il s'estime beaucoup amélioré, continue à souffrir de temps en temps mais moins intensément qu'avant l'intervention, il peut manger à peu près n'importe quel aliment, présente quelquefois de la diarrhée, a repris un peu de poids, n'a pas changé de métier et a toujours son diabète traité par le dolipol mais bien équilibré.
- Intérêt de l'observation : pseudo-kyste intra-parenchymateux de la tête à contenu clair juxta duodénal traité par kysto-duodénostomie avec succès. Le résultat peut être considéré comme bon avec un recul de cinq ans.

Observation n° 67

Mr. LAI. ... G., 48 ans, présente depuis deux ans des crises douloureuses de type solaire irradiant à droite et dans le dos. Les crises se rapprochent pour devenir bi-hebdomadaires et gagner en intensité, tandis qu'apparaît progressivement un amaigrissement de 12 Kgs consécutif à une restriction alimentaire volontaire. Les examens radiologiques révèlent des calcifications en regard de la tête du pancréas, des calcifications qui augmentent de volume d'année en année. Par contre, l'absence d'insuffisance endocrine et exocrine est anotée.

- Intervention le 14 Avril 1953 (P. Agr. MERCADIER) : vésicule atone et voie biliaire principale dilatée au-dessus du pancréas qui est induré surtout au niveau de la tête alors qu'il présente une voussure au niveau du corps. Cholangiographie pervésiculaire : passage du canal cystique à des pressions élevées ainsi que le passage duodénal. On note une compression rétro-pancréatique et un reflux dans le canal de wirsung. Ouverture du wirsung au niveau de la bosselure : liquide clair sous tension. Wirsungographie directe : opacification d'une large cavité développée au dépend du segment corporéo caudal du canal avec, à la jonction du segment horizontal et descendant, un rétrécissement net en virole. Il s'agit d'une sténose isthmique. On traite par la technique d'Appleby : duodénotomie. Sphinctérotomie. Cholédocotomie et drainage par un tube perdu de polythène du wirsung en franchissant au jugé la sténose. Drainage du cholédoque par drain transpapillaire.
- Laboratoire : pancréatite chronique évolutive.
- Suites opératoires : troublées par des crises douloureuses calmées par la novocaïne et l'aspiration associée à une infiltration splanchnique. Ces crises cèdent dès l'élimination du tube dans les fèces.
- Intérêt de l'observation : hydropancréatose ou P.K. rétentionnel ? La sténose wirsunguienne semble être à l'origine de la dilatation du canal et de la pancréatite. Il semble que le drainage direct par voie transduodénale eut été préférable. Ainsi, il aurait permis de contrôler l'écoulement et aurait évité les inconvénients du tube perdu. L'indication d'une pancréatectomie d'amont eut été également peut-être préférable.

Observation n° 68

Mme LEF. ... M., 28 ans, artiste lyrique, présente en 1961 une diarrhée décolorée et graisseuse pendant une semaine sans douleur. Amaigrissement de 7 Kgs depuis quelques mois. Son médecin découvre alors une masse abdominale par-ombilicale indolore fixe sous la peau. En 1962, survient un ictère franc généralisé, précédé d'un prurit sans fièvre ni douleur, la masse est de nouveau notée. Les examens radiologiques pratiqués montrent un élargissement du cadre duodénal et la présence de calcifications, la vésicule est exclue. Laparoscopie : masse grosse comme un pamplemousse médiane. Amylasémie à 50 U.S.

- Intervention le 3 Avril 1962 (P. Agr. MERCADIER et Dr. MOREAUX) : ascite gélatineuse de 300 cc. P.K. intra-parenchymateux de la tête gros comme un melon, tandis que le foie est vert. La vésicule est distendue, la voie biliaire principale un peu dilatée. Le reste du pancréas est sensiblement normal, induré par plage tandis que le canal de wirsung n'est pas distendu. Radiomanométrie pervésiculaire : dilatation importante de la voie biliaire principale avec arrêt au bord supérieur du pancréas du fait de la compression par le pseudo-kyste. Ponction du P.K. : liquide jaune ; le P.K. n'est pas communiquant. Le cholédoque rétro-pancréatique est allongé, refoulé, moulé sur le kyste. Après évacuation du P.K., la diodone passe normalement dans le duodénum. Duodénotomie : incision de la paroi interne donnant accès dans le P.K. dont la paroi inférieure est calcifiée, blanchâtre et organisée. Kysto-duodénostomie de 4 cms.: la

papille est proche de cette anastomose et l'on voit bien le segment cholédocien par voie endokystique, le cholédoque n'est séparé du kyste par aucun tissu pancréatique, l'orifice du wirsung est repéré par un cathéter introduit, mais on n'obtient pas d'image de pancréatographie ; cependant, le wirsung parait normal. Cholécystostomie.

- Suites simples avec disparition de l'ictère.
- Suites lointaines : La malade a répondu au questionnaire : elle ne souffre plus, peut manger n'importe quel aliment, a repris du poids et ne prend aucun médicament. Elle signale quelques douleurs abdominales il y a deux ans, en rapport avec une rectocolite infectieuse ; les contrôles radiologiques et biologiques du pancréas pratiqués ne révèlent aucune anomalie.
- Intérêt de l'observation : Pseudo-kyste de la tête entraînant une compression très importante du cholédoque avec ictère tandis que le canal de wirsung n'est pas distendu. Les calcifications visibles radiologiquement, correspondent à des précipitations calcaires au niveau de la paroi inférieure du P.K. Kysto-duodénostomie. Résultat excellent avec un recul de 4 ans et demi.

Observation n° 69

LEM. ... G., 35 ans, éthylique important, présente depuis deux ans des crises douloureuses abdominales épigastriques à type de torsion dont l'une, en 1966, est très violente et l'a mené à consulter son médecin. La crise dure 3 heures mais sur un fond algique continu et une douleur irradiant en arrière sont associées à un amaigrissement de 10 Kgs depuis 8 ans. Les examens radiologiques pratiqués montrent des calcifications de la tête, du corps et de la queue du pancréas associées à un refoulement du deuxième duodénum. Les voies biliaires sont normales. Laparoscopie : gros foie lisse non cirrhotique. L'amylasémie est à 140 U.S. Un traitement par les anti-trepsiques est entrepris et entraîne une sédation transitoire des douleurs. La glycémie est à 2,75.

- Intervention le 14 Avril 1966 (P. Agr. MERCADIER) : le pancréas est dur et succulent en totalité avec un aspect ligneux de la queue associé à une lésion kystique de la tête. Pancréatographie directe : le wirsung n'est pas dilaté, mais la partie distale présente des petites cryptes appendues tandis que la zone proximale est voisine de la normale. Ponction de la masse kystique de la tête : aspect bilobé gros comme un oeuf de poule. Compte tenu du caractère diffus des lésions et de l'absence de distension du canal de wirsung, on pratique une pancréatectomie presque totale de gauche à droite emportant le pseudo-kyste, la dissection est rendue facile par l'oedème de la région.
- Histologie : pancréatite sclérosante et calcifiante à prédominance caudale avec une calcification au niveau d'un canal excréteur siégeant près de la section opératoire.
- Suites simples. Juillet 1966 : bon état général du malade qui a une selle par jour, mais il existe des douleurs par-ombilicales gauches. Un traitement par des extraits pancréatiques quotidien associé à un régime sans graisse est prescrit. Le malade a répondu au questionnaire : diabète équilibré et traitement par les extraits pancréatiques. Il a repris du poids et se trouve toujours en interruption de travail. Il estime que l'intervention l'a beaucoup amélioré.
- Intérêt de l'observation : Pancréatite calcifiante avec petit pseudo-kyste de la tête secondaire à une poussée aiguë et aspect ligneux de la queue. Pancréatectomie presque totale. Découverte d'une calcification à l'examen histologique. Résultat bon mais avec un recul insuffisant de 8 mois.

Observation n° 70

LEO. ... J., 52 ans, ouvrier métallurgiste, grand éthylique, présente en Août 1961 des crises douloureuses épigastriques irradiant en arrière et à gauche durant

4 à 5 jours et se répétant plusieurs fois par mois. Hospitalisation en Octobre 1961 : le malade est fatigué et a perdu 3 Kgs tandis qu'il existe une masse sous-costale gauche, dure et sensible. L'amylasémie est à 426 U.S. Les clichés biliaires sont normaux, mais il existe un refoulement en avant de l'estomac dans l'aire de laquelle on retrouve des calcifications probablement d'origine aortique, à moins qu'il ne s'agisse de calcifications de la tête du pancréas.

- Intervention le 23 Novembre 1961 (P. Agr. MERCADIER) : Pancréas céphalique induré - Volumineuse collection rétrogastrique avec nette réaction inflammatoire. Kystographie : collection non communiquante. Radiomanométrie pervésiculaire : pas de lithiase biliaire, mais passage à 28 pour franchir le cystique. Duodénotomie : on bute à 5 cms de l'orifice du wirsung sur un calcul enchatonné dans le canal. Kysto-gastrostomie transgastrique révélant que le P.K. contient du liquide clair. Pyloroplastie à la Judd, car le sphincter du pylore est très dur et triplé de volume.
- Suites simples : sortie au 15ème jour. En Septembre 1962 : réapparition des douleurs épigastriques et sous costales gauches associées à un amaigrissement de 6 Kgs et à des selles graisseuses et décolorées. L'amylasémie est à 120 U.S.. Une gastroscopie pratiquée ne montre pas de traces de la kysto-anastomose. Réintervention le 1er Juillet 1963 (P. Agr. MERCADIER) : Pancréas altéré en totalité, mais surtout à gauche. Radiomanométrie pervésiculaire : blocage au niveau du cystique avec passage à 40 et passages duodénaux normaux. Echec de la pancréatographie directe. Devant la prédominance gauche des lésions, on fait une pancréatectomie des trois quarts gauche à droite de l'isthme, associée à une splénectomie. Le wirsung est dilaté, des calculs sont extraits. Cathétérisme facile jusque dans le duodénum. Cholécystectomie.
- Histologie : sclérose intense avec éléments excréteurs dilatés, associée à une lithiase canalaire.
- Suites bonnes. Diabète bien équilibré. Un an plus tard apparaît une gêne douloureuse de l'hypocondre droit, le poids est stationnaire, les selles sont graisseuses et colorées, le malade n'a pu reprendre son travail.
Le malade a répondu au questionnaire de 1967 : Douleurs sous costales gauches 3 mois après l'intervention, mais a repris du poids et a de la diarrhée. Diabète équilibré et stable. Actuellement en invalidité permanente.
- Intérêt de l'observation : Poussée aiguë sur une pancréatite chronique calcifiante associée à une lithiase canalaire. Existence d'un P.K. extra-pancréatique non communiquant avec évolution vers la destruction pancréatique. Résultat médiocre avec un recul de 5 ans après la découverte de la collection.

Observation n° 71

Mr. LOI. ... F., 50 ans, aubergiste, éthylique, présente en Juin 1963 une crise de pancréatite aiguë avec tableau réalisant un tableau d'ulcère perforé.

- Intervention le 2 Juin 1963 (Dr. VAZEUX) : zone de nécrose hémorragique sur la tête, de la taille d'une paume de main. Pancréas tuméfié associé à quelques taches de bougie avec épanchement séro-sanglant intra-péritonéal. Les voies biliaires sont non distendues et le foie est normal. Traitement par les anti-enzymes (l'amylasémie chute de 224 U.S. à 38 U.S.). Hospitalisation à PARIS trois semaines plus tard en Juillet 1963 : Découverte à l'examen radiologique de microcalcifications dans l'aire pancréatique tandis que le cul-de-sac gauche est comblé. Bon état général sans amaigrissement. L'amylasémie est à 210 U.S.
- Intervention le 10 Juil. 1963 (P. Agr. MERCADIER) : tête dure au niveau des calcifications radiologiques. Le reste de la glande est normal à l'exception d'un P.K. intra-parenchymateux de la queue du volume d'un poing adhérant à l'estomac. Tentative de pancréatographie directe : Echec. Cholangiographie pervésiculaire : pas de lithiase mais passage oddien à 40. Kystographie transgastrique de la

cavité qui est grosse comme un poing. Duodénotomie. Sphinctérotomie : papille dure, difficile à franchir. Biopsie. Pancréatographie rétrograde : injection du canal et du P.K. Drainage du P.K. et du wirsung par voie transpapillaire extériorisée à la Volcker. Cholécystostomie.

- Laboratoire : oddite scléreuse et adénomateuse avec poussée inflammatoire subaiguë.
- Suites troublées par des douleurs rebelles en barre transfixiantes irradiant vers l'épaule gauche, survenant le matin.
- Suites à distance : Le malade a répondu au questionnaire de 1967 : il ne se plaint plus de douleurs abdominales, mais intempérance éthylique. A repris du poids. Pas de diabète connu.
- Intérêt de l'observation : Poussée de pancréatite aiguë sur pancréatite calcifiante céphalique avec P.K. communiquant intra-parenchymateux de la queue associé à une oddite. Résultat excellent avec un recul de 3 ans et demi.

Observation n° 72

Mme LOO. ..., 43 ans, est atteinte de pancréatite calcifiante douloureuse avec douleurs post-prandiales calmées par la morphine. L'étiologie est "l'éthylisme mondain". Cette malade présente une diarrhée avec 3 ou 4 selles par jour, selles semi-liquides alternant parfois avec de la constipation. Il y a treize ans, la malade a subi une cholécystectomie pour lithiase biliaire. Les examens radiologiques révèlent des calcifications diffuses de l'aire pancréatique, tandis que le duodénum est refoulé en avant et l'amylasurie est à 512 U.W. A la biligraphie, il n'existe pas d'anomalie biliaire.

- Intervention le 24 Décembre 1966 (P. Agr. MERCADIER) avec le diagnostic de pancréatite calcifiante chez une éthylique. On découvre alors une pancréatite sclérohypertrophique avec distension importante du wirsung et un pseudo-kyste canalaire céphalique. Le pancréas est oedémateux, succulent, très hypertrophié, en pleine poussée inflammatoire expliquant l'état de mal douloureux. Il est facile de distinguer une formation kystique au niveau de l'isthme et du corps, cependant que le canal de wirsung est distendu dans son segment distal. Il existe une légère distension de la voie biliaire principale. Incision de 10 cms le long du canal depuis la tête jusqu'à la queue. On ouvre d'abord une collection kystique qui communique largement avec le canal de wirsung qui est profond et distendu. Dérivation pancréatico-jéjunale latéro-latérale de 10 cms avec anastomose latéro-latérale entre le cholédoque incisé transversalement et l'anse grêle montée.
- Les suites opératoires sont simples.

Observation n° 73

Mr. MARCH. .. H., 35 ans, éthylique, a une longue histoire et va être opéré six fois. Dysenterie amibienne contractée en Tunisie en 1950.

- Intervention à ST-QUENTIN en 1958 à la suite d'une crise douloureuse : pas de compte rendu opératoire.
- Intervention le 7 Août 1959 (P. Agr. MERCADIER) : Cholécystectomie pour lithiase du cholédoque et de la vésicule. Drain en T dans le cholédoque. 1960 : douleur violente de l'hypocondre droit irradiant à l'épigastre durant plusieurs jours, parfois suivie de prurit et d'urine foncée associée à une masse douloureuse de l'hypocondre droit.
- Intervention le 22 Décembre 1960 (P. Agr. MERCADIER) : pancréatite calcifiante dans sa totalité. La queue est un peu moins altérée, mais le canal de wirsung est dilaté au niveau du corps. Pseudo-kyste au niveau de la tête qui est grosse comme deux poings, tandis que le cholédoque est gros comme un pouce. Pancréatographie directe : distension du canal de wirsung en amont d'un rétrécissement

juxta duodénal associée à une distension plus discrète du canal de Santorini. Kystographie : injection d'une cavité du volume d'une orange au contact du duodénum, le kyste n'est pas communiquant. Radiomanométrie pervésiculaire : la voie biliaire est dilatée, tandis qu'il n'existe pas de passages duodénaux. Duodénotomie : le cholédoque débouche au-dessus du kyste. Sphinctérotomie associée à une sphinctéroplastie. Tube en T dans la voie biliaire principale. Kysto-duodénostomie sus-papillaire associée à une double dérivation pancréatico jéjunale latéro terminale et cholécysto jéjunale sur une anse en Y.

- Histologie : Très importante pancréatite scléreuse interstitielle atrophique.
- Suites : Amélioration nette pendant quelques mois, puis réapparition des douleurs associées à une toxicomanie au palfium.
- Réintervention le 22 Avril 1964 (P. Agr. MERCADIER) : Stabilité des lésions. Splanchnicectomie droite, car bonne perméabilité des anastomoses. En Mai 1965 : amélioration médiocre car indocilité du malade qui ne suit pas les prescriptions diabétiques.
- Réintervention le 6 Mai 1965 (P. Agr. MERCADIER) : Pancréas scléro-atrophique et péripancréatite. Augmentation du volume de la rate avec accentuation de la circulation collatérale associée à une hypertension portale segmentaire. Blessure de la rate au cours d'une tentative de libération du pancréas du plan postérieur. Splénectomie.
- Conclusion : aggravation considérable de la pancréatite.
- En Décembre 1965 : douleur augmentée avec anémie à 1.400.000 globules rouges, associée à un collapsus cardio vasculaire et une amylasémie à 250 U.S.
- Réintervention le 25 Janvier 1966 (P. Agr. MERCADIER) : Intense pancréatite céphalique scléro rétractile empêchant tout acte thérapeutique.
- Avril 1966 : Douleurs, diarrhée et anorexie associées à des syncopes.
- Intérêt de l'observation : aggravation d'une pancréatite calcifiante avec pseudo-kyste intra-parenchymateux de la tête associée à un rétrécissement du wirsung juxta duodénal. Cette pancréatite évolue vers la destruction du pancréas malgré la perméabilité des anastomoses pratiquées. Impossibilité totale de pratiquer une exérèse sans prendre un risque vital important.

Observation n° 74

Mr. MAR. ....., 52 ans, éthylique, aide caviste de son métier, présente en Janvier 1965 des accès douloureux épigastriques post-prandiaux se terminant par des vomissements brunâtres plus ou moins mêlés d'aliments. Ces accès sont post-prandiaux et surviennent tous les jours pendant 15 mns. Accalmie après traitement médical de nature inconnue. Un an plus tard, récidive des crisesdouloureuses avec douleurs épigastriques irradiant dans le dos calmées par des vomissements associés à une intolérance digestive absolue. Accalmie de Février à Juillet 1966, puis réapparition du même type de douleurs avec vomissements. En Septembre 1966, nouvel accès douloureux associé à un ictère cutané ou muqueux, à du prurit, à des urines foncées tandis que les selles sont normales. Ce tableau de sténose pylorique s'associe à un amaigrissement de 10 Kgs en un an. Les examens radiologiques montrent une distension de la première partie du duodénum et on note des calcifications pancréatiques. Un examen radio-cinématographique est fait montrant un rétrécissement du deuxième duodénum évoquant un pancréas annulaire. Artériographie sélective mésentérique supérieure et coeliaque avec aspect d'encorbellement de l'artère hépatique commune et de la gastro-duodénale. Au temps veineux, on note une grosse veine coronaire stomachique. La laparoscopie montre une vésicule épaissie, un foie granuleux, un estomac dur et irrégulier avec une importante dilatation vasculaire de la petite courbure. On évoque alors le diagnostic de cancer gastrique.

- Intervention le 23 Novembre 1966 (P. Agr. MERCADIER) avec le diagnostic de sténose duodénale associée à une pancréatite chronique calcifiante. A l'intervention, on découvre une pancréatite chronique calcifiante avec pseudo-kyste

hématique de la partie inférieure de la tête et intéressant le petit pancréas de Winslow associée à une autre formation kystique postérieure au même niveau. Circulation collatérale accentuée. Le rétrécissement du deuxième duodénum est dû à la compression par le pseudo-kyste et à une bande fibreuse s'étendant de la vésicule à la face antérieure du pancréas. Radiomanométrie pervésiculaire : importante distension de la vésicule et surtout des canaux biliaires au-dessus du pancréas associée à un rétrécissement rétro-pancréatique. Wirsungographie directe : distension du wirsung en amont d'un rétrécissement céphalique long de 3 à 4 cms. Kystographie directe : injection d'une volumineuse cavité kystique. La ponction ayant ramené un liquide séreux contenant des particules noires témoignant d'un ancien kyste hématique. Devant l'existence du maximum des lésions au niveau de la tête et la masse paraissant peu accessible au drainage, on décide de pratiquer une duodéno-pancréatectomie céphalique selon la technique habituelle. On complète par une cholécystectomie.

- Laboratoire : liquide kystique riche en enzymes, amylase à 84.000 U.S.
- Les suites sont fort simples puisque le malade sort au 15ème jour.

Observation n° 75

Mr. MAU. ... L. 40 ans, présente depuis deux ans des douleurs abdominales associées à une altération de l'état général. A la suite d'une violente crise douloureuse, son médecin découvre des calcifications siégeant au niveau des troisième et quatrième vertèbres lombaires.

- Intervention le 14 Juillet 1965 (P. Agr. MERCADIER) : calcifications au niveau de la tête, mais pseudo-kyste extra-pancréatique siégeant derrière l'estomac et en avant de la queue du pancréas. Ce pseudo-kyste est gros comme une orange et contient du sang et des débris nécrotiques. La rate est fusionnée avec le pseudo kyste et la grande courbure de l'estomac, tandis que les voies biliaires sont normales. Devant l'extension des lésions, on décide de pratiquer une pancréatectomie presque totale de gauche à droite emportant le P.K., associée à une splénectomie. L'adhérence de la grande courbure et du pseudo-kyste est telle qu'on pourrait évoquer une fistulisation, mais le sérum coloré introduit dans l'estomac ne filtre pas par l'abdomen. Au moment de la dissection du bord droit du tronc porte, on constate que le maximum des lésions calcifiantes siègent dans la tête et dans le prolongement rétro-portal. On réalise un véritable évidement de la tête en respectant le duodénum et la voie biliaire principale, la gastroduodénale et la pancréatico duodénale inférieure gauche ne sont pas liées. Le cholédoque est protégé en arrière par une mince lame de parenchyme.
- Laboratoire : Pas de foyer de calcifications, mais pancréatite chronique avec péripancréatite aiguë non suppurée.
- Suites simples : Le malade a répondu au questionnaire. Il ne se plaint plus de douleurs abdominales, n'a pas de diarrhée et a repris du poids. Il présente un diabète difficile à équilibrer qui a nécessité plusieurs hospitalisations successives.
- Intérêt de l'observation : poussée aiguë de pancréatite à l'origine du P.K. sur pancréatite calcifiante avec maximum des lésions siégeant sur le prolongement rétro portal. Pancréatectomie presque totale. Résultat bon avec un recul de 18 mois.

Observation n° 76

Mr. MOI. ... M. 46 ans, éthylique, présente en 1957 un éclatement traumatique de la rate.

- Intervention le 24 Octobre 1957 (Dr. MASMONTEIL) : Splénectomie difficile. L'hémostase n'est obtenue qu'avec un mickulicz associé à deux mèches. Au décours de cette intervention, un diabète est découvert. En Décembre 1958 apparait un ictère franc généralisé avec fièvre et frissons sans douleur. Cet ictère guérit

en 40 jours sans que le malade ait à interrompre son activité. Hospitalisation à PARIS en 1959 pour son diabète. On découvre alors un gros foie avec une circulation collatérale importante, un subictère, des calcifications au niveau de la queue du pancréas ainsi qu'une vésicule exclue. Déficit important des fonctions pancréatiques au tubage.

- Intervention le 27 Mai 1959 (P. Agr. MERCADIER) : pancréas altéré dans sa totalité, scléro-atrophique au niveau de la tête, associé à des calcifications, et scléro-hypertrophique au niveau du corps, associé à un P.K. de la queue. Hypertension portale dans le territoire splénique. Pancréatographie directe : échec. Pancréatectomie gauche : le canal de wirsung est ouvert tandis que des concrétions calcaires en sont extirpées. Pancréatographie descendante : le canal de wirsung et le santorini sont dessinés avec passage facile dans le duodénum. Cholangiographie : distension globale des voies biliaires jusqu'à la papille. Anastomoses pancréatico-jéjunale, termino-terminale et cholécysto-jéjunale sur anse en Y.
- Laboratoire : A la coupe, il existe trois zones nettement distinctes, une zone distale avec P.K. hémorragique de la grosseur d'un oeuf, une région centrale dont l'aspect est inflammatoire, une région proximale scléreuse. A la jonction de la zone scléreuse et de la zone charnue, près du bord supérieur du pancréas, se trouve une cavité de la taille d'un haricot contenant de nombreux fils répondant sans doute à la ligature de la veine et de l'artère spléniques qui ont pris à la fois un segment de parenchyme et le canal de wirsung. La pancréatite chronique est secondaire à ces lésions. A l'examen histologique on note une pancréatite d'amont quasi expérimentale avec lésions très intenses des acini et des canaux pancréatiques.
- Les suites sont troublées par une suppuration pariétale. Décès du malade en Août 1961 secondaire aux complications de sa maladie diabétique.
- Intérêt de l'observation : Il s'agit du seul cas de la statistique de pancréatite scléreuse avec calcifications dont tout porte à croire qu'elle est secondaire à un granulome dû à des corps étrangers apportés lors de la première intervention chirurgicale.

Observation n° 77

Mr. MORR. ... R., 36 ans, carrossier, présente depuis l'âge de 12 ans des selles liquides. En 1953, apparaissent les premières crises douloureuses en barre sus-ombilicales pendant 3 ou 4 jours et sans retentissement de l'état général. Hospitalisation en Juin 1958 : état paradiabétique, amylasémie normale à 89 U.S. Examen radiologique : calcifications au niveau de la tête et de la queue.

- Intervention le 17 Juillet 1958 (P. Agr. MERCADIER) : pancréatite globale avec masse kystique au niveau de la queue. La vésicule et les voies biliaires sont dilatées. Il existe une hyper-vascularisation des mesos. Portographie : pas d'injection des vaisseaux portes mais hyper-vascularisation péri-splénique des mesos et surtout dans le domaine de la mésentérique inférieure. Radiomanométrie pervésiculaire : pas de calcul, mais il faut monter aux environs de 30 pour franchir le cystique. Voie biliaire principale peu dilatée avec implantation basse de la papille. Duodénotomie : cathétérisme facile du canal de wirsung dans ses premiers centimètres, puis on bute sur un obstacle. Sphinctérotomie et dilatation progressive du canal. On franchit l'obstacle et on pousse une sonde urétérale jusque dans la queue : Ecoulement de liquide puriforme en provenance du P.K. Drainage transpapillaire du wirsung et du P.K. communiquant. Cholécystostomie.
- Suites médiocres pendant deux ans. Le malade continue de souffrir mais moins qu'avant. Il reprend son travail trois mois après l'intervention. Il est revu en 1960 et il souffre toujours. En 1964, il ne souffre plus et prend des extraits pancréatiques. Son poids est stable. Le malade a répondu au questionnaire

de 1967. Il ne souffre plus depuis qu'il a suivi pendant des mois un régime à base de jus de carottes cuites ! Actuellement, il a repris 12 Kgs, ne prend aucun médicament, mais a de la diarrhée de temps en temps.

- Intérêt de l'observation : Pancréatite diffuse calcifiante associée à un P.K. à contenu purulent en amont d'une sténose franchissable du canal de wirsung et sans lithiase canalaire. Résultat bon avec un recul de 8 ans.

Observation n° 78

Mr. MORV. ... A., 48 ans, Receveur Principal des Abattoirs, éthylique, présente depuis Mai 1957 des douleurs épigastriques à type de crampes irradiant vers l'hypocondre droit cédant spontanément en 24 heures et s'associant à des vomissements. La fréquence des crises augmente jusqu'à une par semaine. En 1958, apparition d'une anorexie pour les viandes et pour les graisses, associée à un amaigrissement de 3 Kgs. Une crise douloureuse a été suivie par un ictère franc sans fièvre. Il faut noter trois ans avant une orchite ourlienne. Hospitalisation en Mai 1958 : calcifications pancréatiques au niveau de la tête, cholédoque un peu dilaté, amylasémie à 190 U.S.

- Intervention le 4 Juin 1958 (P. Agr. MERCADIER) : P.K. intra-parenchymateux de la tête de siège postéro-supérieur avec hypertrophie scléreuse du reste de la glande. La vésicule est tendue, la voie biliaire principale est distendue comme un pouce. Pancréatographie directe : wirsung doublé de volume de l'isthme à la queue et contenant 3 calculs, mais rétréci dans sa partie juxta-duodénale avec passages duodénaux normaux. Cholangiographie pervésiculaire : des pressions de l'ordre de 40 sont nécessaires pour obtenir un passage duodénal tandis que la voie biliaire rétro-pancréatique est rétrécie. Wirsungotomie longitudinale au niveau du corps : on pénètre dans la poche kystique mais on ne parvient pas à extraire les calculs. Le P.K. est communiquant et l'on réalise une wirsungo-jéjunostomie sur l'anse en Y latéro-latérale et une cholécysto-jéjunostomie termino-latérale sur la même anse.
- Les suites sont simples. L'amélioration est médiocre. En Mai 1964, réintervention (P. Agr. MERCADIER) pour sténose du deuxième duodénum : antro-jéjunostomie tandis que le corps et la queue sont un peu hypertrophiés, la tête est sclérotrophique. En Novembre 1964, à LORIENT, nouvelle intervention : splanchnicectomie gauche devant les douleurs persistantes. En Avril 1966, douleur à droite, diarrhée intermittente, fébricule avec état paradiabétique. En Mai 1966, les épreuves à la trioléine et à l'acide oléïque sont perturbées toutes les deux, les graisses fécales sont supérieures à 12 grs par 24 heures. Il existe une mal digestion des fibres musculaires et des graisses. Un traitement est conseillé par les extraits pancréatiques et un petit régime pour équilibrer l'état paradiabétique (Dr. BERNIER). Le malade a répondu au questionnaire : douleurs aussi intenses qu'avant l'intervention associées à une anorexie et à une toxicomanie au palfium. Il estime que l'intervention ne l'a pas amélioré du tout. Pas de diabète connu.
- Intérêt de l'observation : Pseudo-kyste d'allure rétentionnelle associé à une pancréatite scléreuse diffuse et à une lithiase canalaire. Résultats médiocres malgré la dérivation et la splanchnicectomie gauche. A noter dans les antécédents une orchite ourlienne. Résultat médiocre avec un recul de 8 ans par rapport à la découverte de la collection. La pancréatite continue d'évoluer.

Observation n° 79

Mr. MUL. ... M., 38 ans, dont l'imprégnation éthylique est considérable, souffre depuis 1962 de douleurs épigastriques en barres débutant dans l'hypocondre droit, irradiant en arrière, à début et à fin brusques, sans caractère déclenchant et durant 3 à 4 jours. Une crise survient tous les mois. Anorexie et intolérance alimentaire

expliquent l'amaigrissement. En 1962, les crises se répètent, l'amaigrissement est de 12 Kgs. A noter un épisode ictérique dont l'origine n'a pu être précisée. Douleurs à la palpation de l'hypocondre gauche et de l'épigastre. Examen radiologique : micro-calcification de la tête. Biligraphie : vésicule atone sans lithiase. L'amylasémie est à 700 U.S., la glycémie à 1,30 gr.

- Intervention le 7 Août 1962 (P. Agr. MERCADIER) : pancréas altéré dans sa totalité surtout au niveau de la tête et du corps. Il existe une masse de la partie inférieure de la tête. Tentative de pancréatographie : échec. Kystographie directe. Radiomanométrie pervésiculaire : pas de calcul mais rétrécissement long et serré du cholédoque rétropancréatique avec passages duodénaux normaux. Ouverture du wirsung : cathétérisme de la queue impossible. Le cathétérisme du segment céphalique révèle la présence d'un rétrécissement juxta-duodénal. Incision longitudinale de 6 cms du canal et pancréatographie sur drain en T : distension du canal de wirsung et rétrécissement confirmé non franchissable de son segment intra duodénal. Double dérivation wirsungo jéjunale latéro-terminale et cholécysto-jéjunale latéro-latérale sur anse en Y.
- Laboratoire : Pancréatite sclérosante et dégénérative sans altération des canaux excréteurs.
- Suites simples. Amélioration nette. Le malade a répondu au questionnaire de 1967 : Douleurs abdominales moins intenses qu'avant l'intervention survenues un an après. Actuellement, ne souffre que de façon intermittente, n'a pas de diarrhée, a repris 16 Kgs. Pas de diabète connu. Il estime que l'intervention l'a beaucoup amélioré.
- Intérêt de l'observation : P.K. communiquant de la partie inférieure de la tête sur pancréatite chronique calcifiante avec distension et rétrécissement du segment juxta-duodénal du canal de wirsung. Résultat bon avec un recul de 4 ans.

Observation n° 80

Mr. POI. ... J., 65 ans, dont l'histoire clinique n'a pu être reconstituée, est opéré le 21 Avril 1958 (P. Agr. MERCADIER). Diagnostic clinique : lithiase du segment céphalique du canal de wirsung avec pancréas inflammatoire et scléreux au niveau du corps et de la queue, tandis que la tête est déformée par un P.K. Distension de la vésicule. Voies biliaires normales. Foie un peu gros. Cholangiographie pervésiculaire : distension vésiculaire obligeant à élever la pression jusqu'à 28 pour franchir le canal cystique. La voie biliaire principale est normale et les passages oddiens sont faciles. Wirsungographie directe : le canal est dilaté en amont de la poche tandis que les passages sont faciles au niveau du segment terminal. Duodénotomie : la papille est normale, extraction de calculs du wirsung par voie transpapillaire après sphinctérotomie. Wirsungographie de contrôle : il reste trois calculs qui sont extraits après nouvelle ouverture du duodénum. Drainage transpapillaire du canal de wirsung. Cholécystostomie.

- Laboratoire : pancréatite chronique scléreuse parvenue à un stade anatomique très avancé, avec discrète stéatose hépatique associée à un épaississement scléreux de la capsule de Glisson.
- Suites simples. Le malade a répondu au questionnaire. Il ne souffre plus et n'a aucun traitement. Résultat excellent avec un recul de 8 ans.
- Intérêt de l'observation : P.K. intra-parenchymateux de la tête avec lithiase importante du canal de wirsung associée à un canal dilaté mais sans obstacle papillaire.

Observation n° 81

Mr. POT. ... A., 30 ans, éthylique, présente depuis 18 mois des douleurs à type de torsion de l'hypocondre droit durant 3 à 4 heures, sans horaire, mais survenant surtout après un repas copieux. Un ictère transitoire est apparu lors de l'une

de ces crises ainsi que des vomissements. Les crises se répètent de 1955 à 1956 et obligent le malade à une restriction alimentaire entrainant un amaigrissement. A noter des alternatives de diarrhée et de constipation.

- Intervention en 1955 pour ulcère perforé (?) mais on ne trouve qu'un gros pancréas. Hospitalisation en 1958 : tuméfaction de l'hypocondre droit, cadre duodénal élargi, calcifications de la tête, amylasémie à 110 U.S.
- Intervention le 12 Février 1956 (Dr. HEPP) : vésicule non distendue, cholédoque un peu dilaté, pseudo-kyste intra-parenchymateux de la tête comme un poing, le reste de la glande est sain. Ponction : liquide séro-hématique contenant des calcifications avec ablation des particules de calcaire que contient la poche. Cholédocotomie et sphinctérotomie sur tire papille après duodénotomie et cathétérisme facile du canal de wirsung qui mène dans le P.K. Drainage du P.K. par un cathéter transpapillaire avec fermeture de la brèche kystique. Tube en T dans le cholédoque.
- Suites simples. Amélioration nette pendant 18 mois avec disparition des douleurs et gain de poids de 13 Kgs. Puis, réapparition des douleurs avec toxicomanie et amaigrissement.
- Réintervention le 16 Décembre 1958 (Dr. HEPP) : Pancréas dur, atrophique et bosselé au niveau du canal de wirsung. Le maximum des lésions siège au niveau de la tête à l'emplacement de l'ancien pseudo-kyste. Grosse voie biliaire principale. Wirsungographie directe : oblitération du canal, mais santorini perméable. On se rallie à la duodéno-pancréatectomie céphalique en raison des douleurs qui ne semblent pas rétentionnelles car il existe une perméabilité du santorini, mais nécrotique et une pancréatectomie gauche avec anastomose n'en viendrait pas à bout. Duodéno-pancréatectomie céphalique difficile car il existe une fibrose du cholédoque en laissant le processus uncinatus avec montage à la Child.
- Histologie : Sténose du canal de wirsung avec sclérose des canaux. Pancréatite scléreuse et calcifiante semblant pouvoir être rattachée à l'oddite scléreuse et sténosante du wirsung. Réhospitalisation en Avril 1959 pour des douleurs avec toxicomanie, selles mastic, fièvre et subictère. Amaigrissement de 10 Kgs avec une anémie à 2.700.000 globules rouges. Etat dépressif avec idée obsessionnelle. On apprend en 1966 que le malade est décédé sans renseignements complémentaires.
- Intérêt de l'observation : Pancréatite calcifiante avec P.K. céphalique traité par drainage transpapillaire. Duodéno-pancréatectomie céphalique deux ans après devant le caractère scléreux des lésions associées à une sténose du wirsung. Malade peu amélioré et perdu de vue depuis. Décès.

Observation n° 82

Mr. PAI. ... P., 43 ans, instituteur, présente en 1955 une crise douloureuse épigastrique irradiant le dos et l'épaule droite, s'associant à des signes de rétention biliaire. Cette crise cède spontanément en trois jours, mais est suivie de deux autres crises dont la dernière s'accompagne d'un ictère franc. Examen radiologique : aspect normal des voies biliaires. Hospitalisation à Paris en 1959 : amaigrissement de 6 Kgs, mais bon état général, points douloureux provoqués à un centimètre et à gauche de l'ombilic. 14.000 globules blancs.

- Intervention le 8 Avril 1959 (P. Agr. MERCADIER) : Pancréas scléreux et hypertrophique ponctué de calcifications dans sa totalité, contenant de gros calculs au niveau du wirsung qui est dilaté. Pancréatographie directe : lithiase canaliculaire et existence de deux P.K. intra-pancréatiques de la tête. La vésicule est flasque et distendue. Radiomanométrie : cholédoque rétro-pancréatique rétréci avec passage oddien à des pressions élevées. Dérivation pancréato-digestive en latéro-terminale sur une anse en Y après avoir procédé à l'évacuation des calculs. Cholécysto-jéjunostomie sur l'anse montée.
- Histologie : duodénite épithéliale et inflammatoire.

- Suites : troublées par quelques douleurs. Revu en 1962 : a repris du poids, mais il existe des douleurs au niveau de l'hypocondre gauche associées à un amaigrissement de 5 Kgs. Le malade a répondu au questionnaire : nouvelles douleurs abdominales trois ans après l'intervention ayant entraîné la découverte d'un diabète équilibré. Il a de la diarrhée parfois et n'a pas repris de poids. Actuellement, il ne souffre plus.
- Intérêt de l'observation : Ce cas est aux frontières de l'hydropancréatose. Pancréatite calcifiante avec hydropancréatose et P.K. communiquant de la tête, entraînant un retentissement biliaire, associée à une lithiase du canal de wirsung. Résultat bon avec un recul de 7 ans.

Observation n° 83

Mr. ROL. ... A., 51 ans, éthylique et diabétique dont l'histoire clinique n'a été que partiellement reconstituée, présente un amaigrissement de 9 Kgs.

- Intervention le 24 Mai 1962 (P. Agr. MERCADIER) : Pancréas altéré dans sa totalité, dur et rétracté au niveau du corps et de la queue tandis que la partie supérieure de la tête est déformée par un P.K. Vésicule tendue et flasque. Voie biliaire non dilatée. Kystographie transduodénale : la collection est de la taille d'un poing communiquant à plein canal avec le wirsung en amont, mais ne communiquant pas en aval. Radiomanométrie pervésiculaire : normale. Duodénotomie : repérage de la papille. Il est impossible de cathétériser le wirsung. Sphinctérotomie large : on ne peut retrouver l'orifice wirsunguien. Kysto-duodénostomie au-dessus et en avant de la papille : issue de liquide séro-hématique puis de caillots et de débris nécrotiques, un caillot obstruant une brèche vasculaire a donné lieu en s'évacuant à une reprise de l'hémorragie à l'origine de la collection. On agrandit l'orifice interne et on peut voir dans le fond de la poche les deux extrémités d'une artériole et vraisemblablement une branche pancréatico-duodénale dont les deux extrémités sont liées. L'hémorragie a été très abondante et a nécessité le passage de six flacons de sang. Hémostase très satisfaisante. Cholécystectomie rétrograde.
- Suites simples mais décès brutal au 10ème jour par hémorragie. Autopsie : la coque du kyste est au contact même d'une artère volumineuse dont la lumière est partiellement obstruée par un caillot récent. Thrombose totale de la veine splénique au contact du P.K. Le pancréas subsistant est le siège d'une régression scléreuse considérable ne laissant persister que quelques îlots langerhansiens et quelques îlots exocrines. Les canaux excréteurs sont dilatés, entourés par la sclérose. Les deux glandes surénales sont le siège d'une alternance de zones d'atrophie et d'hypertrophie adénomateuse nodulaire avec infiltrats hémorragiques de la médullaire.
- Intérêt de l'observation : Volumineux P.K. de la tête associé à une pancréatite scléreuse diffuse. Ce P.K. a un contenu hémorragique secondaire à la rupture d'une artère pancréatico-duodénale. Décès au 10ème jour par nouvelle ulcération vasculaire portant cette fois-ci sur un vaisseau de calibre supérieur, peut-être l'artère gastro-duodénale.

Observation n° 84

Mr. SAM. ... J., 51 ans, négociant en vins, éthylique certain, présente depuis 1960 des douleurs épigastriques intermittentes peu intenses, irradiant dans le dos. En 1964 : surviennent 4 hémorragies digestives associant à une hématémèse et un méloena avec grosse rate et léger subictère. Les examens radiologiques pratiqués: absence de varices oesophagiennes, mais calcifications pancréatiques. Splénoportographie : thrombose de la veine splénique.

- Intervention le 26 Novembre 1964 (P. Agr. MERCADIER) : pancréatite diffuse scléreuse avec deux foyers de calcifications au niveau de la tête et de la queue.

Hypertension portale importante car la rate est triplée de volume. Vésicule distendue et voie biliaire normale. Par contre, il existe un P.K. entre la face postérieure de l'estomac et la queue du pancréas. Radiomanométrie pervésiculaire : passage impossible au niveau du canal cystique. Wirsungographie directe : canal légèrement distendu et passages normaux. L'idéal serait de pratiquer une pancréatectomie presque totale mais, à la demande du Dr. HARDOUIN, on pratique une pancréatectomie gauche des trois quarts associée à une splénectomie laissant en place la tête et le processus uncinatus, mais enlevant le P.K. La section porte à la jonction de l'isthme et de la tête à droite du tronc porte. On extrait des calculs de la tranche de section du wirsung puis on passe dans le duodénum facilement avec un explorateur métallique. Suture du wirsung. Cholécystostomie.

- Laboratoire : Intense pancréatite chronique calcifiante associée à un début de cirrhose hépatique.
- Suites simples. Sortie au 21ème jour. Le malade a répondu au questionnaire de 1967 : Il n'a plus de douleurs abdominales et présente parfois de la diarrhée. Traitement de son diabète équilibré par l'insuline. Extraits pancréatiques. Résultat excellent.
- Intérêt de l'observation : Pancréatite calcifiante diffuse avec lithiase canalaire et pseudo-kyste extra-pancréatique entre la face postérieure de l'estomac et la queue du pancréas. Résultat bon avec un recul de 2 ans seulement.

Observation n° 85

Mr. SAU. ... F., 35 ans, infirmier, présente depuis Mars 1958 des crises douloureuses épigastriques et de l'hypocondre droit, transfixiantes, paroxystiques, quotidiennes pendant trois mois. Il s'y associe une altération de l'état général et un amaigrissement de 10 Kgs. Hospitalisation : les examens radiologiques révèlent des calcifications pancréatiques. Accalmie survenant à la suite de ces crises, mais il faut noter un méloena. Nouvelles poussées en 1962 : Amaigrissement de 11 Kgs, méloena en rapport avec les crises douloureuses.

- Intervention le 3 Juillet 1962 (P. Agr. MERCADIER) : Pancréas altéré dans sa totalité, surtout au niveau du corps et de la queue. Il existe des calculs au niveau de la tête et de l'isthme. La vésicule est très distendue, le cholédoque est gros comme un pouce. Pancréatographie directe. Il existe un calcul avec dilatation en amont. Radiomanométrie pervésiculaire : pas de passage au niveau du cystique. Cholécystectomie. Radiomanométrie percystique : blocage rétro-pancréatique complet avec reflux dans les voies biliaires hautes. Incision transversale du canal de wirsung : extraction de deux gros calculs, mais à ce moment survient une hémorragie de sang rouge, le canal pancréatique est distendu contenant des caillots anciens. Hémostase par tamponnement. Wirsungo-jéjunostomie latéro-terminale sur une anse en Y et anastomose cholédoco-jéjunale latéro-latérale. Le pronostic est considéré comme très mauvais en raison de l'importance des lésions du pancréas.
- Les suites sont pourtant simples, mais il faut noter la présence de sang rouge et noir dans les selles. Surviennent également des douleurs à type de coup de poignard 13 jours plus tard ainsi que des hémorragies digestives persistantes.
- Réintervention le 18 Juillet 1962 (P. Agr. MERCADIER) : au cours de la libération de l'angle colique droit, on procède à la ligature de l'artère colique droite, suivie d'une ischémie colique. Duodéno-pancréatectomie céphalique avec montage à la Child. On constate que les hémorragies proviennent de l'artère gastro-duodénale sectionnée par un calcul. Le sang se collecte dans une poche rétropancréatique communiquant avec le wirsung. Extériorisation de l'anse colique.
- Suites opératoires : Suppuration avec désunion pariétale.

- Laboratoire : Intense pancréatite scléreuse atrophique, lithiasique, segmentaire avec hyperplasie nerveuse et langerhansienne associée à deux volumineux granulomes à corps étranger.
- Suites simples : Hospitalisation en 1963 . Intervention le 6 Mars 1963 (P. Agr. MERCADIER) : fermeture de l'anus iliaque. Excellent état général ; le malade a repris 15 Kgs, ne souffre plus. Il persiste un diabète post-opératoire bien équilibré. Le malade a répondu au questionnaire de 1967 : il a présenté trois crises douloureuses abdominales moins intenses qu'auparavant, l'une 6 mois, puis un an et trois ans après l'intervention. La dernière crise s'est accompagnée d'un ictère rétentionnel dont la cause n'a pas été découverte. Il n'a pas de diarrhée, a repris 16 Kgs. Son diabète est équilibré par l'insuline. Il est traité par les extraits pancréatiques. Il estime que l'intervention l'a totalement amélioré.
- Intérêt de l'observation : Intérêt considérable expliquant la possibilité d'hémorragie dans une poche kystique. Intense pancréatite scléreuse calcifiante avec lithiase canalaire. Le méloena inexpliqué auparavant apparait comme secondaire à des hémorragies dans le canal de wirsung. Lors de la deuxième intervention, la découverte d'une cavité rétro-pancréatique communiquant avec le canal et où s'épanche le sang provient d'une ulcération de l'artère gastro-duodénale au contact d'un calcul du canal de wirsung. Guérison après duodénopancréatectomie céphalique. Résultat bon avec un recul de 4 ans et demi.

Observation n° 86

Mr. SEI. ... J., 35 ans, éthylique, est opéré le 29 Novembre 1955 avec le diagnostic de pancréatite calcifiante. Les examens radiologiques révèlent des calcifications diffuses à l'aire pancréatique, un cadre duodénal normal et un volumineux cholédoque avec une vésicule normale, sans image de calcul. A l'intervention, le pancréas est tuméfié, ferme, bosselé dont une bosselure est plus volumineuse que les autres. A la ponction directe, il existe du liquide sous tension et de nombreuses concrétions calcaires. Duodénotomie. Sphinctérotomie avec échec du cathétérisme du wirsung. Pancréatographie directe : le wirsung est dilaté et il existe de bons passages duodénaux. Radiomanométrie per-cholédocienne. Le cholédoque est dilaté comme un index, il existe un long canal commun et les passages duodénaux se font à une pression de 20. On décide de pratiquer une anastomose pancréato-gastrique après avoir incisé le parenchyme pancréatique en zone kystique, un drain tuteur sortant de l'estomac à la Witzel. L'incision pancréatique a révélé l'existence de nombreuses concrétions calcaires que l'on extirpe à la pince et par curetage. Anastomose cholédoco-duodénale. Cholécystostomie.

- Les suites opératoires sont simples. Le malade a été revu un an après. Un diabète assez grave et difficile à équilibrer est apparu. Deux ans après, en 1957, le malade a repris du poids mais n'a toujours pas repris son travail. Il souffre chaque mois et présente de la diarrhée. Son diabète est toujours difficile à équilibrer. On peut donc considérer le résultat comme moyen avec un recul de deux ans, le malade étant perdu de vue actuellement.

Observation n° 87

Mr. VER. ... E., 55 ans, manutentionnaire, éthylique, présente en 1955 une crise douloureuse, violente du flanc droit, irradiant en arrière pendant 48 heures. Cette crise est associée à un vomissement et une douleur sourde persiste après la crise. Un an plus tard surviennent des récidives par crises durant de 2 à 3 jours chaque mois, associées à une diarrhée graisseuse. Hospitalisation en 1958 : amaigrissement de 9 Kgs, amylasémie à 430 U.S. Examen radiologique : la compression de la grande courbure gastrique et l'abaissement de l'angle de

Treitz qui avaient été notés quelques années auparavant ont disparu, mais des calcifications pancréatiques sont apparues au niveau de la tête qui vont s'étendre à la totalité de la glande tendant à ressembler à une véritable planche anatomique.

- Intervention le 28 Mars 1958 (P. Agr. MERCADIER) : Pancréas altéré en totalité. Au niveau de la tête existent deux P.K., l'un dans le cadre duodénal, l'autre de siège postéro-supérieur refoulant en avant la voie biliaire principale. Il existe des taches de bougie. La vésicule est distendue. Radiomanométrie pervésiculaire : cholédoque distendu au-dessus du pancréas et rétréci derrière le pancréas, mais les passages duodénaux sont normaux. Kystographie du P.K. de la tête : liquide séreux clair. Ponction et kystographie du P.K. rétropédiculaire : le liquide est clair. Les deux kystes ne sont pas communiquants. Ouverture du kyste céphalique : sa paroi est constituée par du tissu de granulation ponctué de calculins. Photographie. Cholédocotomie. Duodénotomie : échec du cathétérisme du wirsung. Sphinctéroplastie. Effondrement de la paroi qui sépare les deux kystes et celle qui sépare le kyste céphalique de la région ampullaire. Drainage extériorisé par le duodénum. Drainage du cholédoque par un tube en T. Wirsungographie : le canal de wirsung est dilaté, quadruplé de volume avec obstacle au niveau de son segment terminal. Pancréatectomie caudale avec splénectomie : la coupe du pancréas est dure, infiltrée de concrétions calcaires. Pancréaticojéjunostomie termino-terminale sur anse en Y.
- Histologie : foie : cirrhose biliaire discrète, sclérose pancréatique avec acini dedifférencié et îlots de langerhans peu altérés. Absence de revêtement épithélial au niveau de la paroi du pseudo-kyste, liquide riche en enzymes pancréatiques.
- Suites opératoires : subocclusion au 4ème jour. Sortie à la 6ème semaine.
- Suites à distance : Janvier 1960 : le malade ne souffre plus mais est opéré d'une malposition cardio-tubérositaire. Janvier 1962 : crise d'angiocholite.
- Intervention en Février 1962 (P. Agr. MERCADIER) : le moignon pancréatique est dur mais il n'existe pas de cavité kystique. Radiomanométrie : distension globale de tout l'arbre biliaire. Cholécysto-jéjunostomie sur l'anse en Y.

  Mars 1963 : - douleur abdominale transitoire guérie par antitrypsiques et les antispasmodiques.

  Avril 1964: - le malade a repris du poids, il assure son travail. Il existe une aggravation des troubles de la glycorégulation. Le résultat est bon.

  Réponse au questionnaire de 1967 : quelques douleurs abdominales transitoires, a repris du poids, mais présente parfois de la diarrhée. Le malade avait subi récemment une néphrectomie pour laquelle il serait en congé de longue maladie.
- Intérêt de l'observation : Poussée aiguë sur pancréatite chronique calcifiante ayant entrainé deux pseudo-kystes clairs, associés à un obstacle wirsunguien et à une compression biliaire. Résultat moyen avec un recul de 8 ans.

Observation n° 88

Mr. WAD. ... M., 52 ans, gérant de Coopérative, présente en 1952 une crise douloureuse épigastrique continue durant dix jours, à type de pesanteur. Pendant 4 ans, des crises douloureuses surviennent une fois l'an durant environ dix jours. En 1957 survient une crise épigastrique violente irradiant en arrière et dans l'épaule droite, crise déclenchée par les repas et entraînant par conséquent une restriction alimentaire volontaire. Amaigrissement.

- Intervention à LILLE le 2 Juin 1958 devant l'accentuation des douleurs et l'amaigrissement de 12 Kgs: dérivation biliaire ? Présence de kystes ? Nouvelles crises en 1959 : douleur à début sous-hépatique progressant en barre épigastrique. Les examens radiologiques pratiqués montrent des calcifications au niveau

de la tête et l'existence d'une compression au niveau du bas cholédoque.

- Intervention le 21 Octobre 1959 (P. Agr. MERCADIER) : Pancréatite calcifiante diffuse avec pseudo-kyste intra-parenchymateux de la tête gros comme un poing. Canal dilaté au niveau de l'isthme du pancréas. Voie biliaire principale et vésicule dilatée. Pancréatographie directe : dilatation du canal de wirsung avec présence de calculs dans le canal avec pseudo-kyste communiquant avec le segment terminal du wirsung. Radiomanométrie pervésiculaire : arrêt au niveau du pseudo-kyste, puis passage sous forte pression. Ouverture longitudinale du wirsung sur 6 à 8 cms : extraction de calculs, la papille est franchie par un cathéter métallique. Wirsungo-jéjunostomie latéro-terminale plus cholécysto-jéjunostomie sur une anse en Y.
- Suites simples : Amélioration nette. Le malade a répondu au questionnaire de 1967. Il ne souffre plus. Il a repris du poids mais dut être gêné par une diarrhée diurne et nocture, surtout au petit matin. Pas de diabète connu. Le malade ne prend aucun médicament et estime que l'intervention l'a beaucoup amélioré.
- Intérêt de l'observation : Pancréatite diffuse avec pseudo-kyste de la tête retentissant sur le cholédoque, associée à une dilatation du wirsung et à une lithiase canalaire en amont du pseudo-kyste. Résultat bon avec un recul de 7 ans.

COLLECTION POST-TRAUMATIQUE

Observation n° 89

Mr. MARQ. ... M., 19 ans, employé de bureau, reçoit en Mai 1960, un coup de genou dans l'épigastre au cours d'une partie de football. Mise en observation pendant 8 jours. Vomissements abondants, douleurs abdominales diffuses.

- Intervention à JOIGNY le 16 Juin 1960 : Collection de l'arrière cavité des épiploons dûe à une brèche de la queue du pancréas. Suture et drainage aspiratif sont faits. Le malade sort en bon état général 15 jours plus tard. 21 Juillet 1960 : récidive des douleurs en barre irradiant dans le dos. Le médecin découvre une nouvelle collection identique à la précédente et l'adresse à PARIS. Les examens radiologiques révèlent sur le cliché de profil un estomac refoulé en avant.
- Intervention le 1er Août 1960 (P. Agr. MERCADIER) : Il existe un volumineux P.K. occupant la région coeliaque et refoulant en avant le bloc duodéno-pancréatique. Les veines épiploïques sont très dilatées, en particulier à la partie gauche de la lésion. L'estomac et le duodénum sont inflammatoires. La voie biliaire principale a la taille d'un crayon mais la vésicule n'est pas distendue. Radiomanométrie pervésiculaire : cholédoque normal à implantation basse au niveau du troisième duodénum. Kystographie : image de mauvaise qualité mais le pôle inférieur est repéré au niveau du bord inférieur du troisième duodénum et la masse rase le bord interne du deuxième duodénum. Duodénotomie : découverte de la papille. Wirsungographie rétrograde : on n'obtient que l'injection du segment céphalique du canal et de ses canaux efférents. Tout se passe comme si le pancréas était coupé en deux : la partie distale déversant sa sécrétion dans la poche kystique. On pratique alors une kysto-duodénostomie transduodénale : au cours de l'incision de la paroi duodénale qui se fait au-dessous et en avant de la papille, un vaisseau duodéno-pancréatique est blessé et donne un jet. On fait l'hémostase par des points appuyés. Evacuation de deux litres de liquide clair contenus dans le pseudo-kyste, puis suture de la paroi de la poche à la muqueuse duodénale. Cholécystostomie.
- Laboratoire : le dosage de l'amylase dans le liquide du kyste révèle 1.024 unités.

- Les suites sont simples. Trois mois après, le malade a repris 15 Kgs.
- En 1963, il existe un déficit sécrétoire pancréatique portant sur le volume (35 cc pour 40') sur les lipases (concentration de 35 unités maximum) sur les bicarbonates (concentration maximum de 22,5 mek).
- Le malade a répondu au questionnaire de 1967 : il a présenté un an après l'intervention de nouvelles douleurs abdominales, il se plaint également de diarrhée et n'a pas repris de poids depuis 1963. Par contre, il n'a pas de diabète et n'a pas dû changer de profession.
- Intérêt de l'observation : Il s'agit du seul cas de pseudo-kyste traumatique de la statistique dont le résultat est à considérer comme moyen avec un recul de 6 ans.

OBSERVATION NON CLASSEE

Observation n° 90

Mr. DUD. ... E., 35 ans, aide-comptable, a une histoire assez complexe. Le début des crises douloureuses remonte à Mai 1956 et il faut noter que l'on a la notion d'un traumatisme abdominal à l'origine de ces crises douloureuses, mais ceci ne peut être affirmé de façon formelle. Ces douleurs sont de deux types : d'une part des crises aiguës, violentes, de siège épigastrique irradiant dans le dos, permanentes avec paroxysme durant trois jours sans signes d'accompagnement à l'exception d'une intolérance gastrique absolue, d'autre part, des crises atténuées, fréquentes, durant plus longtemps. Le malade qui était alors en Algérie est opéré à l'hôpital MAILLOT d'ALGER pour "kyste du pancréas". Il aurait été pratiqué une marsupialisation à la suite de laquelle serait apparue une fistule pancréatique qui aurait nécessité une fistulo-anastomose, type fistulo-gastrostomie. Amélioration de 1960 à 1961 et en 1962 les crises douloureuses réapparaissent. En effet, le malade a maigri et l'on note une masse épigastrique douloureuse, dure, ainsi qu'un gros foie. Les examens radiologiques révèlent l'existence d'une voie biliaire refoulée vers la droite décrivant le contour de la masse perçue mais de calibre normal.

- Le malade est opéré à PARIS le 20 Juin 1962 (P. Agr. MERCADIER) : Il existe un P.K. extra-pancréatique de la tête et de siège rétro-parenchymateux. Le reste de la glande semble un peu hypertrophié et dur tandis que la vésicule est distendue et flasque et que la circulation veineuse est très accentuée avec une grosse rate. Le foie est normal. Radiomanométrie pervésiculaire : le bas cholédoque se moule sur la collection. Kystographie : le P.K. a la grosseur de deux poings. Splénoportographie per-opératoire : très importante circulation collatérale avec blocage au niveau du tronc porte associée à une injection de la coronaire stomachique. Duodénotomie : repérage facile de la papille avec cathétérisme du canal de wirsung qui est refoulé par la collection décrivant une concavité qui s'inscrit dans celle de la voie biliaire principale. Kysto-duodénostomie transduodénale comme à l'habitude : incision de la paroi interne au niveau du troisième duodénum avec effondrement de la poche à la pince. Il faut noter hémorragie veineuse qui est arrêtée par un point appuyé au lin. Suture de la paroi du pseudo-kyste à la paroi duodénale. Introduction d'une sonde d'aspiration dans le pseudo-kyste ressortant par le nez. Des contrôles radiologiques per-opératoires de la voie biliaire principale, du wirsung et de la circulation veineuse sont faits après la kysto-duodénostomie. Il n'est pas pratiqué de cholécystostomie. Il faut noter l'existence d'une très belle iconographie per-opératoire.

- Les suites sont simples : On pratique en post-opératoire une spléno-portographie qui révèle le retour à la normale de l'axe spléno-portal. A distance, surviennent des hémorragies digestives à type d'hématémèse associées à un méloena, hémorragies qui sont mises sur le compte d'une hypertension portale segmentaire résiduelle. De plus, apparait un ictère généralisé associé à des douleurs abdominales.
- Réintervention le 19 Novembre 1964 (P. Agr. MERCADIER) : la rate est triplée de volume, le pancréas est altéré surtout au niveau du corps et de la queue ; la tête est explorée par un large décollement duodéno-pancréatique. Cependant deux faits nouveaux apparaissent :

  1°- Il existe au niveau du pédicule hépatique de nombreuses varices qui sont également retrouvées au niveau du cadre duodénal dont certaines ont le calibre d'un petit doigt. Il s'agit donc d'un cavernoportal contrastant avec des veines épiploïques non dilatées.

  2°- L'existence d'un thrill intense continu à renforcement cystolique diffusant à la région coeliaque. Une dissection de l'artère hépatique et de ses branches est faite. Le thrill disparait électivement au clampage gauche de l'artère hépatique. Tentative d'artériographie hépatique : échec. Ainsi, l'attitude thérapeutique est difficile en l'absence de certitude de fistule artério-veineuse, on se contente d'une laparotomie exploratrice et on ne fait qu'une cholécystostomie avec contrôle radiologique qui ne montre aucune anomalie.
- Les suites opératoires sont simples mais le malade présente à nouveau des hémorragies digestives. Une artériographie sélective est faite le 23 Novembre 1964, ne montrant pas d'anomalie, on décide enfin de faire une splénoportographie le 30 Novembre 1964 qui montre des pressions à 21 et l'absence d'opacification de la veine splénique. Cette splénoportographie nécessite une réintervention chirurgicale pour rupture de la rate.
- Réintervention le 30 Novembre 1964 (P. Agr. MERCADIER) : il existe un hémopéritoine de moyenne abondance. Splénectomie pour rupture du pôle super de la rate et d'une rate surnuméraire accolée à la grosse tubérosité gastrique. Décollement du pancréas au-delà du bord droit du tronc porte car il existe une pancréatite chronique diffuse non calcifiante. Section du parenchyme à la jonction de l'isthme et de la tête et découverte d'une collection hématique répondant à une plaie vasculaire profonde elle-même masquée par un caillot. Cette plaie a 2 cms de long avec un flot de sang sous pression. Six points de soie permettent une suture satisfaisante des deux bords de la plaie vasculaire. Drainage de la poche de sang après avoir réalisé une pancréatectomie spléno-isthmo-corporéo-caudale.
- Laboratoire : Les examens révèlent l'existence d'une pancréatite chronique scléreuse atrophique totale avec engainement des vaisseaux spléniques par une scléro lipomatose intense sans dilatation anévrismale manifeste. En 1965, le malade n'a pas repris de poids mais il a bon appétit, les selles sont moulées et abondantes, peu graisseuses. Il existe un petit diabète et le malade absorbe du pancréas frais. Le malade a répondu au questionnaire de 1967 : Il ne souffre plus, il a repris du poids, il n'a pas de diarrhée, son diabète est traité par l'insuline et il prend toujours des extraits pancréatiques. Bref, l'amélioration apparait comme totale.
- Intérêt de l'observation : Ce malade semble avoir présenté en 1958, peut-être à la suite d'un traumatisme abdominal, un pseudo-kyste du pancréas qui aurait été marsupialisé, puis il aurait subi une fistulo-gastrostomie. Un an plus tard, ce malade est opéré à PARIS où l'on découvre une collection pseudo-kystique derrière la tête du pancréas traitée par kysto-duodénostomie au niveau du troisième duodénum. L'apparition d'hémorragies digestives inexpliquées fait pratiquer une nouvelle intervention où l'on parle de cavernome portal, mais ce

diagnostic ne parait pas fondé. Une troisième opération est faite à la suite d'une rupture de rate pour splénoportographie : cette intervention permet de pratiquer une splénectomie mais aussi une résection du pancréas loin poussée vers la droite pour une pancréatite diffuse à prédominance corporéo caudale. Il faut noter qu'au cours de cette dissection, on découvre une collection hématique située derrière la tête du pancréas correspondant à une plaie vasculaire. Si le résultat peut être considéré comme bon avec un recul de 4 ans après la découverte du pseudo-kyste, par contre, l'étiologie de la première collection rétropancréatique découverte en 1962 reste mystérieuse (faut-il incriminer l'hypothétique traumatisme abdominal, ou bien plus vraisemblablement s'agit-il là d'une authentique poussée de pancréatite aiguë qui aurait évolué par l'intermédiaire de ce pseudo-kyste vers la pancréatite chronique). Quant à la deuxième collection rétro-pancréatique, il semble qu'elle soit sans rapport avec la première et d'étiologie mystérieuse (un anévrisme artério-veineux?) On voit que ce cas très complexe doit vraiment être classé à part. Il ne peut en aucun cas rentrer dans une des rubriques précédentes, qu'il s'agisse de pancréatite aiguë, de pancréatite chronique ou de pseudo-kyste secondaire à un traumatisme. Résultat à considérer comme bon avec un recul de 4 ans.

-----oOo-----

B I B L I O G R A P H I E

BIBLIOGRAPHIE

1 - AEPLI R. - A propos d'un pseudo-kyste pancréatique simulant une tumeur abdominale maligne. Schweiz. med. Wschr., 21 av.1962, 92, n°16, 479-485 (Bibliogr.)(Texte français).

2 - ANDRADA J.G. - Pseudo-kystes du pancréas. Prensa med. argent., 16 août 1963, 50, n° 33, 2307-2315, 6 fig. (Bibliogr.)

3 - ARB. W.H. et GRIMES E.L. - Pseudo-kystes du pancréas. Rapport de 17 Cas. Am. J. Surg., Juil. 1960, 100, n° 1, 30-37, 6 fig. (Bibliogr.)

4 - ARNAUD et LEGER - Connexions d'un faux kyste du pancréas avec le canal de wirsung. Hémorragies digestives après kysto-gastrostomie. Mém. Acad. Chir. 1957, T. 83, 29-30, 937-945.

5 - BAS - Des kystes volumineux du pancréas. Thèse Lyon 1892.

6 - BAUER H. - Origine d'un pseudo-kyste du pancréas après pancréatite aiguë. Münch. med. Wschr., 19 fév. 1965, 107, n° 8, 393-395.

7 - BAUMEL J., FASSIO Et. et DARO P. - Pseudo-kyste du pancréas d'origine traumatique Montpellier méd., av. 1954, 97, n° 4, 396-400.

8 - BAUMEL J. et PEDOUSSAUT R. - Pseudo-kystes post-nécrotiques du pancréas. Presse méd. 25 déc. 1950, 58, n° 82, 1470-1471, 5 fig. (Bibliogr.).

9 - BERGMANN F., JACOBS E., MALAISSE W. et THYS J.P. - Fistulisation pleurale d'un pseudo-kyste pancréatique. Lille Chir., Janv.-Fév. 1966, 21, n° 1, 128-135 (Bibliogr.)

10 - BERGMANN F., JACOBS E., MALAISSE W. et THYS J.P. - Fistulisation pleurale d'un pseudo-kyste pancréatique. Acta. Chir. belg., 1965, suppl. 3, 128-135 (Bibliogr.)

11 - BERNARD-GRIFFITHS, DAGNEAUX, MAGNE et PETIT - Pseudo-kyste du pancréas opéré. Coma diabétique dans les suites à distance . Arch. Mal. App. Dig., Sept. 1958, 47, n° 9, 1004-1009.

12 - BETTEX M., KUFFER F. et SCHARLIA - Pseudo-kyste du pancréas chez l'enfant. Schweiz. Med. Wschr. 19 Mars 1966, 96, n° 11, 342-348 (Bibliogr.)

13 - BICKFORD B.J. - Pseudo-kyste traumatique du pancréas avec effusion pleurale. Brit. Med. J., 12 Juin 1948, n° 4562, 1134-1135 (Bibliogr.)

14 - BIZARD, PATOIR, VANDENDORP et BALEZEAUX - Sur un cas de faux kyste du pancréas. Lille chir., MAI-JUIN 1948, n° 15, 149-150.

15 - BORIVET - Cystogastrostomie transgastrique des faux kystes du pancréas. Deux cas. Thèse PARIS 1955, n° 540, 32 pages.

16 - BORNET P.L. - Kysto-gastrostomie transgastrique des faux kystes du pancréas. (A propos de deux cas). Thèse Paris 1955, n° 540, 32 pages.

17 - BOULVIN R. - Pancréatectomie gauche pour faux kyste du pancréas. Acta chir. belg., fév. 1958, n° 2, 203-207, 1 fig. (Bibliogr.)

18 - BOURGEON R. et CATALANO H. - La place de la kysto-gastrostomie dans le traitement des pseudo-kystes nécrotiques du pancréas. Afrique franç., chir. Janv.-Fév. 1959, 17, n° 1, 1-7 (Bibliogr.)

19 - BRADLEY R.L. et KLEIN M.M. - Les pseudo-kystes du pancréas. Arch. Surg., Oct.1956 73, n° 4, 719-728, 13 fig.

20 - BRANDENBURG F.H., MADDOCK S. et SCHWEITZER R.J. - La cystogastrostomie, traitement des pseudo-kystiques pancréatiques. Ann. Surg. Fév. 1951, 133, n° 2, 219-225 (Bibliogr.)

21 - BREHANT - A propos de la disparition de l'anastomose après kysto-gastrostomie. M.A.C. T. 83, n° 19-20, 594, 1957.

22 - BRILHART K.B. et PRIESTLEY J.T. - Les pseudo-kystes pancréatiques. Am. J. Surg., Fév. 1951, 81, n° 2, 151-160, 3 fig. (Bibliogr.)

23 - BROCQ P. et ABOULKER P. - Le traitement des pseudo-kystes du pancréas par le drainage interne (kysto-anastomoses). Presse méd. 21-24 Fév. 1940, n° 18-19, p. 222-224 (Bibliogr.)

24 - BUCKMAM C.A. - Hémorragie artérielle dans les pseudo-kystes du pancréas. Arch. Surg. Mars 1966, 92, n° 3, 305-406 (Bibliogr.)

25 - CARAYON A., PLASSART H. et COURBIL J.L. - Ictère rétentionnel et pseudo-kyste du pancréas chez un enfant africain. Bull. Soc. Méd. Afr. Noire, 4e trim. 1964, 9, n° 4, 541-543.

26 - CAROLI, NORA - L'hépato-cholédoque dans les pancréatites. Rapport 3ème Congrès des Sociétés Nationales de Gastro-entérologie Bologne Avril 1952.

27 - CASE T.C. - Un cas de rupture de pseudo-kyste pancréatique. Am. J. Surg., janv. 1956, 91, n° 1, 145-147.

28 - CATELL - Pancréatic Cysto. Surg. Clin. N. America. 32, 852-856, 1952.

29 - CAUFMENT A. et DROGUE M. - A propos de 2 observations de pseudo-kyste du pancréas avec diabète. Arch. Mal. App. dig., av. 1963, 52, n° 4, 436-438.

30 - CERNICH I.R., PIFFARETTI M.L., SIVORI A. et NIETO A.R. - Pseudo-kyste du pancréas Semana Méd., 8 Déc. 1960, 67, n° 48, 1871-1874.

31 - CHODOFF R. - Les pseudo-kystes pancréatiques : relation d'un cas traité par cysto-gastrostomie. Ann.Surg.Nov.1948, 128, n°5, 981-986, 4 fig. (Bibliogr.)

32 - CLAUSS R.H. et WILSON D.W. - Pseudo-kyste pancréatique du médiastin. J. Thor. Surg. Juin 1958, 35, n° 6, 795-801, 4 fig. (Bibliogr.)

33 - CLAVEL - Pseudo-kyste traumatique et fistule gastrique. Fermeture et kysto anastomose à l'estomac. Journées Lyon Chir., 39, 631-633, 1944.

34 - CLERMON R. A. F. - Le problème des pseudo-kystes intra-pancréatiques et de leur traitement chirurgical. Thèse Paris 1960, n°451, 63 pages.

35 - Mc CLINTOCK J.T., Mc FEE J.L. et QUIMBY R.L. - Pseudo-kyste du pancréas se

manifestant comme une tumeur médiastinale. J.A.M.A., 10 Mai 1965, 192, n° 6, 573-574 (Bibliogr.)

36 - COILINS D.C. - Les pseudo-kystes du pancréas, l'excision totale : relation d'un cas. Arch. Surg., Sept. 1950, 61, n° 3, 524-539, 6 fig.

37 - CORCOS E. - Contribution à l'étude des faux kystes du pancréas (kystes à signes pseudo-hépato-vésiculaires). Thèse Paris 1941, n° 337, 56 pages.

38 - CORCOS E. - Des faux kystes du pancréas. Thèse Paris, 1941, n° 337, 56 pages.

39 - COSTAZ - L'exploration radiologique du pancréas par statigraphie aciale transverse. Thèse Lyon 1956.

40 - COUINAUD C., RONAT R., MODARESSI H. et MALAMUD S. - Pseudo-kystes intra-parenchymateux de la tête du pancréas (à propos de 4 observations personnelles). J. Chir., Mars 1962, 83, n° 3, 391-414.

41 - COUTURET - Des pseudo-kystes traumatiques. Thèse Paris 1960.

42 - CRANDELL W.B., STUECK - Ascite chyleux dû à un cas de pseudo-kyste pancréatique. Surg. vol. 34, n° 1, July 1953.

43 - CRISMER R. - Etude clinique, radiologique et biochimique d'un cas de pseudo-kyste du pancréas consécutif à une pancréatite aiguë d'origine biliaire. Acta gastro-entérol Belg., Av. 1950, 13, n° 4, 383-387, 2 fig. (Bibliogr.)

44 - DALEN J.M. - Etude de la splénoportographie dans les kystes et pseudo-kystes pancréatiques. (A propos de 5 observations). Lyon Méd., 17 mars 1963, n°11,670.

45 - DARMAILLACQ P. - Contribution à l'étude des kystes glandulaires du pancréas. Thèse Bordeaux 1939.

46 - DAY C.P., LANG G., HIEBEL G., BABIN S. et FONTAINE R. - Traitement des pseudo-kystes nécrotiques du pancréas. Trensa Méd. Argent., 23 Av. 1965, 52, n° 13, 747-758, 7 fig. (Bibliogr.)

47 - DELANNOY E., GAUTIER P. et GUIOT Y. - Pseudo-kyste du pancréas à évolution mésocolique. Arch. Mal. App. Dig., nov. 1953, 42, n° 11, 1323-1325.

48 - DELANNOY, LAGACHE et GAUTIER - Faux kyste du pancréas. Kysto-jéjunostomie. Arch. Mal. App. Dig., nov. 1951, 40, n° 11, 1222-1224 (Bibliogr.)

49 - DEMIRLEAU M. - Faux kyste traumatique du pancréas. Algérie Chir., fév. 42, p. 125-127.

50 - DESJACQUES R. et VILLIERS H. - Pseudo-kyste du pancréas après pancréatite aiguë hémorragique traité par drainage externe. Lyon Chir., janv.1959,55, n°1, 113-114.

51 - DESJARDINS E. - Le traitement chirurgical des pseudo-kystes du pancréas. Union Med. Canada, mars 1959, 88, n° 3, 310-312 (Bibliogr.)

52 - DICENSO S., GINSBURG S.B. et SNYDER W.H. Jr. - Pseudo-kystes chez l'enfant. Surg. Gyn. Obst., nov. 1964, 119, n° 5, 1049-1052, 5 fig.

53 - DIVIS - P.K. traumatique de la tête du pancréas. Gastro.Entér.Bohema,1-8-13,1947.

54 - DIVITTORIO A. - Contribution à l'étude des pseudo-kystes pancréatiques du pancréas. Thèse Paris 1928.

55 - DOUBILET H. - 8 years of study of pancreatitis and sphincterotomy. J. Am. M. Ass. 160, 521-528, 1956.
Pancreatic pseudocysts. Present concept as to etiology and treatment. Surg. 41, 522-523, 1957.
Pancréatic cysts : principles of treatment. Surg.Gyn.Obst., 96, 683-692, 1953.

56 - DOUBLET H. et WORTH M.H. Jr. - Pseudo-kyste du pancréas annulaire découvert par pancréatographie opératoire. Surg. Nov. 1965, 58, n° 5, 824-827 (Bibliogr.)

57 - DOUTRE L.P. et PERISSAT J. - Images curieuses de pseudo-kystes du pancréas. Kystographie per-opératoire. Presse méd., 22 sept.1965, 73, n° 39, 2236.

58 - DUMONT-DOUBILET - Lymphatic pathways of pancreatic secretion in. Ann. Surg. 152, 403, 1960.

59 - DUVAL M.K. - Caudal pancreatico-jejunostomy for chronic relapsing pancreatitis. Ann. Surg. 140, 775, 1954.

60 - EARL BELLE Smith (St-Louis) - Deux cas d'ascite hémorragique et hémothorax associés à une affection pancréatique bénigne dont un avec pseudo-kyste. Arch. of Surg. July 1953, vol. 57, n° 1-52, 1953.

61 - EASTMAN P.F. et coll. - Pseudo-kystes du pancréas. Ann. Surg. (Suppl.), déc.1961, 154, n° 6, 231-238 (Bibliogr.)

62 - EDLIN Ph. - Pseudo-kyste médiastinal du pancréas. Gastro-entérology, janv.1951, 17, n° 1, 96-102, 3 fig. (Bibliogr.)

63 - EINO E. VUORI - Le traitement du pseudo-kyste pancréatique doit-il toujours être chirurgical ? Acta Chir. Scand., 89, n° 6, 6 Av. 1944, 521-526 (Bibliogr.)

64 - EVANS S.S., LUBBEN J.F. jr. et WHIGHAM H.E. - Pseudo-kyste pancréatique dû à un ascaris ; relation d'un cas. Ann. Surg. Nov. 1953, 138, n° 5, 801-804 (Bibliogr. en anglais).

65 - FABRE P., SARRAZIN, FREGEVU et AZAIS - Pseudo-kyste du pancréas d'origine traumatique. Arch. Mal. App. Dig., Av. 1963, 52, n° 4, 400-402.

66 - FARIZON F., EHRHART Ch. et SCHLOGEL G. - Drainage transpapillaire d'un pseudo-kyste nécrotique du pancréas. Mém.Acad.Chir., 2-9 Déc.1959, 85, n° 30-31, 798-800

67 - FAURE - Epanchements enkystés de l'arrière cavité des épiploons d'origine traumatique. Thèse Lyon 1919.

68 - FISCHMAN M., NAOM L., BILESIO E., VILLAMIL E. et MONTICELLI A. - Pseudo-kyste du pancréas. Prensa Méd. Argent., 1958, 45, n° 4, 400-405, 6 fig. (Bibliogr.) (Résumé Franç.)

69 - FONTAINE R., LANG G., HIEBEL G., BABIN S. et PEREZ-DAY C. - A propos de 31 pseudo-kystes nécrotiques du pancréas. Données cliniques et thérapeutiques. Résultats éloignés. Lyon Chir., Juil. 1965, 61, n° 4, 496-510, 6 fig. (Bibliogr.)

70 - FOX M.N. jr., FERRIS D.O., MOERTEL C.G. et WAUGH J.M. - Coexistence d'un pseudo-kyste et d'un cancer du pancréas. Ann.Surg.Déc.1963, 158, n°6, 971-974 (Bibliog.)

71 - FRAISSE H. et MELEY J. - Pseudo-kystes traumatiques du pancréas (2 cas dont un chez l'enfant). Arch. Mal. App. Dig., Oct. 1962, 51, n° 10, 1183-1189.

72 - FRAISSE H. et MELEY J. - Pseudo-kyste traumatique du pancréas. Persistance d'une fistule pancréatique après drainage externe. Tarissement rapide de la fistule par l'anti-enzyme. 99.21 R.P. Lyon Méd., 20 Mai 1962, 94, n°20, 1293-1296.

73 - FRAISSE H. et MELEY J. - Pseudo-kystes traumatiques du pancréas (2 cas dont un chez l'enfant). J. Méd. Lyon 5 Mars 1962, 43, n° 1006, 371-384, 6 fig.

74 - FROEHLICH A.L. et D'HAENENS A. - Pseudo-kyste récidivant du pancréas au cours d'une pancréatite calcifiante. Acta gastro-entérol. belg., Fév. 1953, 16, n° 2, 103-111, 3 fig. (Bibliogr.)

75 - GALLART-MONES F. et OSES J. - Faux kyste nécrotique du pancréas. Arch. Mal. App. Dig., Déc. 1959, 48, n° 12, 1734-1738, 2 fig.

76 - GANDIN J. et JAFFRY Y. - Du choix de l'indication thérapeutique dans les faux kystes du pancréas : 3 observations. Lyon Chir., Janv. 1959, 55, n°1, 129-132.

77 - GANEM R. et BARSOTTI J. - Pseudo-kyste du pancréas traité par kysto-gastrostomie. Guérison. Mém. Acad. Chir. 11/18 Mai 1955, 81, n° 16-17, 466-468.

78 - GAYET G. - Un cas d'hépithélioma kystique de la queue du pancréas. Considérations clinique, diagnostique et thérapeutique. Lyon méd., 162, 3-9, 1938.

79 - Van Der GHINST M. et LE CLUYSE R. - Kysto-gastrostomie pour faux kyste du pancréas. Acta. Chir. Belg., Juin 1957, n° 6, 620-633 (Bibliogr.)

80 - GIBERT L. - Pseudo-kystes post-traumatiques du pancréas. Lyon Méd., 26 Mai 1963, 94, n° 21, 1289-1290.

81 - GIELIS P. - 18 faux kystes du pancréas. Traitement et résultats. Acta Chir. Belg. 1962, 61, n° 9, 979-1020 (Bibliogr.)

82 - GILBERT S.M. et ABRAMS A.H. - Pseudo-kystes du pancréas. Am. J. Gastro-enter., Déc. 1954, 22, n° 6, 478-488 (Bibliogr.)

83 - GOINARD P., PEGULLO J. et PELISSIER G. - Deux pseudo-kystes du pancréas traité par anastomose kysto-jéjunale en Y. Afrique Franç. Chir. Mars-av.-mai-juin 1959, 17, n° 2, 107-108.

84 - GONZALEZ L.L., JAFFE M.S., WIOT J.F. et ALTEMEIER W.A. - Pseudo-kyste pancréatique : une cause d'ictère par occlusion. Ann. Surg. Avril 1965, 161, n° 4, 569-576, 5 fig. (Bibliogr.)

85 - GOVAERTS J.P. - Le traitement des pseudo-kystes du pancréas. Acta. Gastro. entérol. belg., mars 1963, 26, n° 3, 223-235 (Bibliogr.)

86 - GOYCOECHEA O.L. (De) - Traitement chirurgical du pseudo-kyste du pancréas. Prensa Méd. Argent., 5 Juin 1959, 46, n° 23, 1454-1460, 6 fig. (Bibliogr.)

87 - GRIESSMANN H. - Traitement des kystes pancréatiques par kysto-jéjunostomie. Chir. 19, 302-306, July 1948.

88 - GROSS R.J., NULL R. Et LOE B.W. - Pseudo-kyste du pancréas associé à l'hydrothorax. Am. J. Roentg., av. 1952, T. 67, n° 4, p. 585-591, 6 fig.

89 - GUILLEMIN G., GIBARD M., LUGAND A., TRAEGER J., DUBOIS J. et BOUCHET A. - Faux kyste sur pancréas annulaire. Hémorragie intrakystique : sténose duodénale aiguë. J. Méd.Lyon, 20 av.1959, 40, n°943, 367-369 (résumé anglais) (résumé en esperanto)

90 - HASSE W. - Pseudo-kyste pancréatique post-traumatique chez l'enfant. Mschr. Kinderth. Sept. 1964, 112, n° 9, 431-433 (Bibliogr.)

91 - HAUTTEMENT P. - A propos d'un cas inédit de contusion du pancréas. Les fistules post-opératoires. Leur traitement. Thèse Paris 1934.

92 - HECTOR A. et LEGER L. - Connexions d'un faux kyste du pancréas avec le canal de wirsung. Hémorragies digestives après kysto-gastrostomie. Mém. Acad. Chir.1957, 83, n° 29-30, 937-945.

93 - HEPP J. et MERCADIER M. - Sur une statistique de 36 kystes et pseudo-kystes du pancréas.Arch.Mal.App.Dig., Mars 1959, 48, n° 3, 187-207, 3 tabl.

94 - HILLIS W. - Le traitement chirurgical des pseudo-kystes du pancréas. Am. J. Surg. Mai 1963, 105, n° 5, 651-658 (Bibliogr.)

95 - HOLLENDER L. et ADLOFF M. - Les pseudo-kystes du pancréas d'origine traumatique chez l'enfant. Arch. Mal. App. Dig., Janv.Fév.1961, 50, n°1-2 (Bibliogr.)

96 - HOLLENDER L. Et REINBOLT cl. - Traitement des pseudo-kystes nécrotiques du pancréas. A propos de 13 observations. Strasbourg méd. av. 1963, 14, n° 4, 309-321 (Bibliogr.)

97 - HUTH W. - Pseudo-kyste pancréatique post-traumatique chez l'enfant. Chir. oct. 1965, 36, n° 10, 473-475 (Bibliogr.)

98 - JAMIN A. - Contribution à l'étude des kystes et des pseudo-kystes du pancréas. Thèse Lyon 1923.

99 - JAUBERT de BEAUJEU et DUBOIS J. - Pseudo-kyste pancréatique infecté après pancréatite aiguë. Fistule pancréatique et gastrique. Guérison par drainage. Lyon Chir., janv. 1959, 55, n° 1, 124-126.

100 - JEDLIKA R. - Pancréato-gastrostomie pour pseudo-kyste. Zentrabl. Chir. 50, 132, 1923.

101 - JOUANNEAU P. et BOUTRY - Faux kyste du pancréas. Echec du drainage par le wirsung associé à l'anastomose kysto-gastrique. Succès de l'anastomose kysto-jéjunale avec anse en Y. Mém. Acad. Chir. 27 Juin, 4 & 11 Juil. 1956, 82, n° 22-23-24, p. 692 à 696, 1 fig.

102 - JOYEUX R. et PEDOUSSAUT - Pseudo-kyste post-nécrotique du pancréas. Marsupialisation. Fistule pancréatique grave consécutive. Pancréatectomie d'amont. Lyon Chir., juil.-août 1949, 44, n° 4, 479-483, 2 fig.

103 - JURASZ A. - Zur Frage der operativen Behandlung der Pankreas cysten. Arch. Klin. Chir. 164, 272-279, 1931.

104 - KAISER G.C., KING R.D., KILMAN J.W., LEMPLE R.E. et SHUMACKER H.B. Jr. - Pseudo-kystes pancréatiques. Arch.Surg.Août 1964, 89, n°2, 275-281, 5 tabl.(Bibliogr.)

105 - KAPLAN D. - Le pseudo-kyste du pancréas. Am. J. Surg. Janv. 1958, 95, n° 1, 160-162 (Bibliogr.)

106 - KARLAN M., Mc PHERSON R.C. et WATMAN R.N. - La production expérimentale de pseudo-kystes du pancréas chez le chien. Surg. Gyn. Obst. Août 1958, 107, n° 2, 221-227, 6 fig. (Bibliogr.)

107 - KERSCHNER F. - Zur Transduodenalen anastomosierung von Pankreascysten. Zentrabl. Chir. 62, 1089-1092, 1935.

108 - KILMAN J.W., KAISER G.C., KING R.D. et SHUMACKER H.B. Jr. - Pseudo-kystes pancréatiques chez le nourrisson et l'enfant. (Avec revue de la littérature, 27 cas). Surgery mars 1964, 55, n° 3, 455-461 (Bibliogr.)

109 - KISSELER B., KUSTER H.H. et WEINER M. - Diagnostic du pseudo-kyste du pancréas. Münch. Méd. Wschr., 22 av. 1966, 108, n° 16, 883-886 (Bibliogr.)

110 - KOPPELMANN J. - Clinique et traitement du pseudo-kyste du pancréas. Chirurg., janv. 1965, 36, n° 1, 18-23 (Bibliogr.)

111 - KORTE W. - Zur Behandlung der Pankreas cysten und pseudocysten. Deutsche med. Woch., 12, 536-538, 1911.

112 - KOUCHY, BECK et TODD - La perforation des pseudo-kystes du pancréas, relation de 6 cas. Surg.Gyn.Obst., vol.73, n°1, Juil.1941, p.113-119, 2 fig.(Bibliogr.)

113 - KOURIAS B. - Considérations chirurgicales sur le traitement des kystes pancréatiques par le drainage interne. Journ.Chir., 68 - 266-275, 1952.

114 - LACOUR R. - Indication et résultats de la pancréatectomie gauche. Thèse Lyon 1948.

115 - LAMY, J.C. SARLES - 26 cas de pancréatite chronique primitive. M.A.C. 87, 936, 1962.

116 - LAMY J., SARLES J.C., MARTIN M. et SARLES H. - Traitement des pseudo-kystes pancréatiques d'origine alcoolique. Arch. Mal. App. Dig. mai 1963, 52, n° 5, 507-511.

117 - LANGERON - Pancréatite calcifiante et obstruction canalaire avec hydropancréatose et épanchement pleural à éosinophiles. Méd.Lille 8-9, 405, 1960.

118 - LANZARA G. - Les pseudo-kystes traumatiques du pancréas (C.R. de cas) Minerva Chir., 28 fév. 1963, 18, n° 4, 163-168 (Bibliogr.)

119 - LAUDENZI C. et PAGANO C. - Le tableau radiologique gastrique en un cas de volumineux pseudo-kyste pancréatique à évolution rapide. Riforma méd., 13 oct. 1962, 76, n° 41, 1135-1140, 9 fig. (résumé français)

120 - LEFLAIVE - Pseudo-kyste traumatique du pancréas, suivi de fistule pancréatique. Guérison après tarissement spontané. Mém. Acad. Chir., 28 Nov. 1945, 71, n° 29, 30, 31, 32, 437.

121 - LEGER L. - Lithiase pancréatique. Presse Méd. 1965. Atlas de radiologie clinique 85, 1957.

122 - LEGER L. - Kystes et pseudo-kystes du pancréas. Atlas Radiol. Clin. (suppl. Presse méd.) 27 Janv. 1962, 70, n° 5, 152-1.152-4, 25 fig.

123 - LEGER, BAS - Aspect initial d'un kyste nécrotique du pancréas. P.M. 70,31,1962.

124 - LEGER L. et BREHANT J. - Chirurgie du pancréas (monographie). Masson 1956.

125 - LEGER L., CACHIN M., FUMERY J. et HECTOR A. - L'exploration radio-chirurgicale des faux kystes du pancréas. Etude des connexions avec le wirsung. Tentatives de traitement par le drainage canalaire. Presse méd. 25 déc. 1957, 65, n° 94, 2136-2139, 10 fig.

126 - LEGER L. et GUYET P. - Lésions kystiques et pseudo-kystiques du pancréas. Essai de regroupement à orientation thérapeutique. Presse méd., 26 nov. 1958, 66, n° 83, 1875-1878, 11 fig.

127 - LEGER L., MICHON et BAKALOUDIS - L'atteinte de la veine splénique au cours et au décours des faux kystes du pancréas. J. Chir. Janv. 1961, 81, n°1, 15-22, 9 fig.

128 - LENGGENHAGER K. - Le traitement de la nécrose du pancréas (pseudo-kyste). Münch. Méd. Wschr. (Med. Welt) 2 Août 1957, n° 31, 1089-1092, 7 fig. (Bibliogr.) (résumé français)

129 - Der LEYEN U.E. (von) - Pseudo-kyste traumatique du pancréas chez l'enfant. Zbl. Chir. 3 août 1963, 88, n° 31, 1249-1252 (Bibliogr.)

130 - LEVITZKY E., LANCE E. et ARMSTRONG L. - Pseudo-kystes du pancréas chez des enfants. Am. J. Dis. Child., Juil. 1956, 92, n° 1, 60-62.

131 - LOYUDICE F. et SIVORI E. - A propos d'un cas de pseudo-kyste du pancréas traité par drainage interne. Prensa med. argent. 1 nov. 1963, 50, n° 44, 2914-2918, 8 fig.(Bibliogr.)

132 - MAC DERMOTT - Portal hypertension seavelary to pancreatic diseare. Ann. Surg.132 147, 1960.

133 - MAGENDIE J., DOUTRE L.P., BRUN et PERISSAT - Les pseudo-kystes du pancréas témoignent-ils de la pluralité des pancréatites ? Presse méd. 23 Juin 1965, 73, n° 31, 1793-1796, 8 fig.

134 - MAHAFFEY J.H., HAYNES B.W. et DEBAKEY M.E. - Surgical consideration of pancreatic cyst with particular reference to internal drainage. Postgrad M., 16, 259-269, 1954.

135 - MALLET-GUY P. - La pancréatectomie gauche. Indication et technique. Journal de Chir. 47, 771-791, 1936.

136 - MALLET-GUY P. - Pseudo-kyste pancréatique consécutif à une suppuration diffuse du pancréas. Pancréatectomie "d'amont". Lyon Chir. janv.-fév. 1944, 39, n° 1, 96-98, 1 fig.

137 - MALLET-GUY P. - Résultat éloigné d'une pancréatectomie "d'amont" pour pseudo-kyste pancréatique. Lyon Chir. janv.fév.1944, 39, n°1, 95-96.

138 - MALLET-GUY P. et FEROLDI J. - Sur le traitement des pseudo-kystes nécrotiques du pancréas. Lyon Chir. av. 1955, 50, n° 3, 345-346.

139 - MALLET-GUY P., FEROLDI F., MICHOULIER J., GIURIA F. et INFRANZI A. - Etude expérimentale des pseudo-kystes pancréatiques. Lyon Chir. nov. 1958, 54, n° 6, 849-869, 19 fig.

140 - MALLET-GUY P. et LACOUR R. - Indications et résultats de la pancréatectomie gauche d'après 16 observations personnelles. Lyon Chir.44, 169-184, 1949.

141 - MALLET-GUY et MERCADIER M. - Traitement chirurgical des formations kystiques et pseudo-kystiques du pancréas. 60ème Congrès de l'Association Française de Chirurgie, 6-11 oct. 1958, Paris, C.R. Presse médicale 18 Oct. 1958, p.1621.

142 - MALLET-GUY P. et MICHOULIER J. - Résultats et indications du traitement chirurgical des pseudo-kystes du pancréas. J. Chir. oct. 1958, 76, n° 3, 445-455, 60ème Congrès Chirurgie (rapport intégral).

143 - MALLET-GUY P. et MICHOULIER J. - La pancréatectomie d'amont dans le traitement des pseudo-kystes du pancréas. III. Conclusions d'après 21 observations personnelles. Lyon Chir. sept. 1958, 54, n° 5, 742-760.

144 - MALLET-GUY P. et MICHOULIER J. - La pancréatectomie d'amont dans le traitement des pseudo-kystes du pancréas. II. Récidives après drainage. Lyon Chir. sept. 1958, 54, n° 5, 726-741, 15 fig.

145 - MALLET-GUY P. et MICHOULIER J. - La pancréatectomie d'amont dans le traitement des pseudo-kystes du pancréas. I. 8 pancréatectomies pour fistule. Lyon Chir. Sept. 1958, 54, n° 5, 707-725, 21 fig.

146 - MALLET-GUY et MICHOULIER J. - Résultat d'une pancréatectomie gauche d'amont pour pseudo-kyste pancréatique. Lyon Chir. sept. 1964, 60, n° 5, 694-696.

147 - MALLET-GUY P. et VACHON A. - Pancréatectomie d'amont pour pseudo-kyste nécrotique du pancréas. Presse méd. 13 Mars 1943, n° 10, 121-122, 5 fig.

148 - MALLET-GUY P. et VACHON A. - Pseudo-kyste nécrotique du pancréas : pancréatectomie d'amont. Lyon chir., juillet-août 1943, 38, n° 4, 351-353.

149 - MARION P. et DESGOUTTES J.L. - A propos des hématémèses au cours de l'évolution des pseudo-kystes du pancréas. Lyon Chir., janv. 1959, 55, n° 1, 135-137.

150 - MARTIN M. - 39 observations de kystes du pancréas. Thèse Marseille 1962.

151 - MERCADIER M. - La dilatation kystique du canal de wirsung dans les pancréatites chroniques. Mém. Acad. Chir., 80, 898-907, 1954.

152 - MERCADIER M. - Les kystes du pancréas. Rev.Méd.Chir.Mal.Foie, 31,1,39, 1956.

153 - MERCADIER M. - Le drainage interne des kystes et des pseudo-kystes du pancréas. Entretiens de Bichat (Chirurgie et Spécialités), 1957, 93-98.

154 - MERCADIER M. - Méthodes et indications du traitement des formations kystiques et pseudo-kystiques du pancréas. J. Chir., oct. 1958, 76, n° 3, 425-444. Rapport du 60ème Congrès de l'association française de Chirurgie (texte intégral).

155 - MERCADIER M. - Kysto-anastomose intraduodénale des pseudo-kystes de la tête du pancréas. Ann. Surg., janv. 1961, 153, n° 1, 81-93, 11 fig. (Bibliogr.)

156 - MERCADIER M. et HEPP J. - Radiologie dans les formations kystiques du pancréas. Sem. Hop. Ann. Chir., n° 9, C. 745 - C. 759, 1956.

157 - MENGUY R. et BLALOCK J.C. - Drainage interne rétrograde intra-canaliculaire d'un pseudo-kyste pancréatique. Surgery, déc. 1961, 50, n° 6, 877-880.

158 - METZL J. et KARLINGER T. - Occlusion d'un pseudo-kyste du pancréas après anastomose interne. Zbl. Chir., 7 Sept. 1963, 88, n° 36, 1458-1460 (Bibliogr.)

159 - MEYER K., SHERIDAN A.I. et MURPHY R.F. - Pseudo-kystes du pancréas : compte-rendu de 31 cas. Surg.Gyn.Obst., fév.1949, 88, n°2, 219-229, 9 fig.(Bibliogr.)

160 - MEYER K., SHERIDAN A.I. et MURPHY R.F. - Pseudocysts of the pancreas. Surg. Gyn. and Obst., 88, 219-229, 1949.

161 - MICHOULIER J. - La pancréatectomie d'amont dans le traitement des pseudo-kystes et des fistules pancréatiques. Thèse Lyon, 1958, 192 pages.

162 - MICHOULIER J., GIURA F., INFRANZI A., FEROLDI J. et MALLET-GUY P. - Etude expérimentale des pseudo-kystes pancréatiques. Bull. Soc. internat Chir. Fév. 1961, 20, n° 1, 92-101 (texte français).

163 - MIGLIACCIO A.V. et LAURELLI E.C. - Internal drainage, utilizing the Roux principle. Surg. 24, 54-56, 1948.

164 - MILLER R.E. - Pseudo-kystes pancréatiques chez le nourrisson et chez l'enfant. Arch. Surg., Sept. 1964, 89, n° 3, 517-521 (Bibliogr.)

165 - MINET P. et TOISON J. - Volumineux faux kyste du pancréas. Arch. Mal. App. Dig. Nov.-Déc. 1947, 36, n° 11-12, 626-632, 2 fig.

166 - De MOOR P. - La "kysto-gastrostomie" pour faux kyste du pancréas. A propos de la communication des Drs van der GHINST et Le CLUYSE. Acta Chirg. belg., fév. 1958, n° 2, 208-209.

167 - MORAN J.G. - Critères chirurgicaux devant les formations kystiques et pseudo-kystiques du pancréas. Rev. clin. espan., 31 Déc. 1960, 79, n° 6, 421-424.

168 - MOREL C. - Traitement des pseudo-kystes pancréatiques. Bull. Soc. Internat. Chir., Juil. 1965, 24, n° 4, 470-495 (texte français).

169 - MOUSSEAU et FERRON A. (de) - Traitement d'un faux kyste du pancréas par anastomose primitive d'une anse jéjunale partiellement exclue. Mém. Acad. Chir., 29 Fév. 1956, 82, n° 8 et 9, 234-236.

170 - NELP W.B. et MARSHALL S.B. - Le drainage interne et pseudo-kyste aigu du pancréas J.A.M.A., 5 Mars 1960, 172, n° 10, 1033-1036 (Bibliogr.)

171 - NICOL M. - Les pseudo-kystes traumatiques du pancréas. Considérations anatomopathologiques et déductions thérapeutiques. Ann. Chir. (suppl. Sem. Hôp. Paris) Nov. 1959, 13, n° 21-22, 1329-1333, 4 fig.

172 - NIEMIERKO J. - Traitement des pseudo-kystes pancréatiques. Remarques cliniques et étude expérimentale chez l'animal. Polski Tygod ; lek. 1963, 18, n° 48, 1803-1807 (Bibliogr.)

173 - OECONOMOPOULOS C.T. et LEE C.M. Jr. - Les pseudo-kystes du pancréas chez le nourrisson et le jeune enfant. Surgery, mai 1960, 47, n° 5, 836-845 (Bibliogr.)

174 - OMBREDANNE L. - Sur les kystes du pancréas. Bull. et Mem. Soc. Chir. Paris, 37, 977-983, 1911.

175 - OSBORNE M.P. et PERNOKAS L.N. - La kysto-entérostomie et la kysto-gastrostomie dans le traitement du pseudo-kyste post-inflammatoire du pancréas. New England J. Med., 16 Mars 1961, 264, n° 11, 538-541 (Bibliogr.)

176 - OSELLADORE G. - Sauvetage in extrémis d'un malade présentant un pseudo-kyste pancréatique pris à tort, même sur la table d'opération, pour un cancer gastrique. Minerva Chir., 15 janv. 1956, 11, n° 1, 32-37.

177 - PALMER P.E.S. et ROTHMAN W.T. - Cas rapportés par un hôpital africain : pseudo-kyste du pancréas secondaire à un traumatisme abdominal avec disparition de l'opacification barytée de l'estomac. Brit.J.Radiol., Juil.1962, 35, n°415,492-493.

178 - PAROLA P. et BORELLI C. - Le traitement des fistules résiduelles à marsupialisation de pseudo-kystes pancréatiques. Minerva Chir., 31 Octob.1955, 10, n° 20, 1078-1083, 7 fig. (Bibliogr.)

179 - PARSHALL W.A. et REMINE W.H. - Drainage interne des pseudo-kystes du pancréas. Arch. Surg., sept. 1965, 91, n° 3, 480-484, 6 tabl. (Bibliogr.)

180 - PATARO V.F., ALCHE S. et CONDE R.M. - Cysto-gastrostomie et cysto-jéjunostomie pour pseudo-kyste du pancréas. A propos de deux observations. Prensa méd.argent. 11 avril 1958, 45, n° 15, 1539-1547, 5 fig. (Bibliogr.)

181 - PEGULLO J. et PELISSIER G. - Faux kyste du pancréas. Drainage externe. Cathétérisme secondaire du wirsung. Afrique franç. chir., nov.-déc.1955, 13, n° 6, 550-552.

182 - PERRY J.F. jr. - Drainage combiné interne-externe d'un pseudo-kyste du pancréas : cysto-jéjunostomie en Y de Roux et cathéter d'entérostomie. Surgery, av. 1964, 55, n° 4, 511-513 (Bibliogr.)

183 - PHELIP A., CRENAND M. et NEYRIAL G. - Un cas de pseudo-kyste du pancréas observé chez un homme. Concours méd., 4 sept. 1948, n° 36, 1765-1766.

184 - POERS D.H. et STEPHENSON R.H. - Late results in treatment of pancreatic cysts by internal drainage. Surg. Gyn. Obst. 89, 257-263, 1949.

185 - POERS D.H. et WHITAKER W.G. - Further considerations in the internal drainage of pancreatic cysts. Ann. Surg., 133, 764-771, 1951.

186 - POILLEUX F. et HONDARD C. - A propos des hémorragies pancréatiques après kysto-anastomose. Mém. Acad. Chir., T. 83, n° 31.632, p. 975-976, 1957.

187 - POLAK E. - Choix de la technique chirurgicale dans les pseudo-kystes du pancréas. Zbl. Chir., 19 Fév. 1966, 91, n° 8, 261-265 (Bibliogr.)

188 - POLAK E. et KOSTELECKY A. - Les résultats éloignés du traitement des pseudo-kystes pancréatiques par drainage interne. Lyon Chir., Sept. 1958, 54, n° 5, 700-706, (Bibliogr.)

189 - PRIESTLEY J.T. - Problems in the surgical treatment of pancreatic cysts. Mayo clinic. Rochester.

190 - PROBSTEIN J.G. - Le pseudo-kyste du pancréas : diagnostic et traitement. Arch. Surg. sept. 1954, 69, n° 3, 425-431 (Bibliogr.)

191 - PUESTOW, LAWTON -
Arch. Surgery 1954.

192 - RADISPOCK K. et WOLF H.G. - Pseudo-kyste du pancréas chez l'enfant. Wien. klin. Wschr. 3 Nov. 1961, 73, n° 43-44, 757-758 (Bibliogr.)

193 - RAIMBERT P. J.F. - Etude séméiologique des faux kystes du pancréas. Thèse Paris, 1960, n° 111, 65 pages.

194 - RAPANT V. et SERY Z. - Le drainage interne dans le traitement des pseudo-kystes pancréatiques stériles ou infectés, ainsi que dans les kystes du foie. J. internat. Chir., janv.-fév. 1950, 10, n° 1, 22-34 (Bibliogr.)

195 - RIBET M. - Pancréatite aiguë et hémorragique massive suivant une kysto-jéjunostomie pour faux kyste du pancréas. Lille Chirg., janv.-fév. 1963, 18, n° 1, 16-21 (Bibliogr.)

196 - RICHMAN A. - Pseudo-kyste du pancréas. J. Mount Sinaï Hosp., mai-juin 1953, 20, n° 1, 51-57, 4 fig. (Bibliogr.)

197 - ROSATO F.E. et MACKIE J.A. - Kystes pancréatiques et pseudo-kystes. Arch. Surg. avril 1963, 86, n° 4, 551-556, 7 tabl. (Bibliogr.)

198 - ROSE Th. - Rupture spontanée d'un pseudo-kyste pancréatique. Med. J. Australia, 4 sept. 1948, 2, n° 10, 258-259 (Bibliogr.)

199 - ROUSSAKOV B.K. - La question de l'intervention opératoire dans un cas de pseudo-kyste du pancréas. Khirouguiia (russe), 1955, n° 5, 86.

200 - ROUX M. - La pancréatectomie dans le traitement des pancréatites chroniques gauches. Thèse Lyon 1939.

201 - ROUX M. - Hémorragies par ulcération de l'artère splénique. Après traitement d'un faux kyste. A la manière de Doubilet. Mém. Acad. Chir., T. 83, n° 19-20, 594, 1957.

202 - SARLES H., CAMATTE R., MARTIN M. et SARLES J.C. - Kystes non traumatiques ou pseudo-kystes du pancréas. Münch. med. Wschr., 31 Juil. 1964, 106, n° 31, 1361-1365 (Bibliogr.)

203 - SARRAZIN, COUZINET et BASTIDE - A propos d'un cas de pancréatite calcifiante avec pseudo-kyste du pancréas. Arch. Mal. App. Dig., av. 1956, 45, n° 4, 432-438, 6 fig.

204 - SAUBIER E., VIARD H. et TERMET H. - A propos de deux cas de pseudo-kystes du pancréas à symptomatologie thoracique. Arch. Mal. App. Dig., mars 1962, 51, n° 3, 207-212.

205 - De SCOVILLE A., MONSEUR J. et COMPERE J. - Faux kyste post-traumatique du pancréas et thrombose de la veine splénique. Presse méd., 26 Fév. 1964, 72, n° 10, 587-588 (Bibliogr.)

206 - SEN S.K. - Les kystes pseudo-pancréatiques. J. Internat. Coll. Surgeons, août 1956, 26, n° 2, 179-185 (Bibliogr.) (résumé français).

207 - SICARD A. - Drainage interne d'un pseudo-kyste pancréatique traumatique par cysto-jéjunostomie. Mém. Acad. Chir., 75, 802-803, 1949.

208 - SIFFRE, FAUGERAS et FORESTIER - A propos de deux cas de faux kyste nécrotique du pancréas. Lyon Chir., janv. 1959, 55, n° 1, 109-112.

209 - SOUPAULT R. - Polykystose des pseudo-kystes rétentionnels. Journal chir., T.74, n° 1, p. 5-25, 1957.

210 - SOUPAULT R. - Les faux kystes du pancréas. Entretiens de Bichat (Chirurgie- Spécialités), 1959, 139-142).

211 - SOUPAULT R. - A propos des faux kystes du pancréas. Mém. Acad. Chir., 2-9 Juil. 1958, 84, n° 22-23, 678-683.

212 - SOUPAULT R. - A propos des faux kystes du pancréas et à propos des conclusions de M. LAMY sur les pancréatites chroniques. Mém. Acad. Chir., 1962, 88, n° 14-15, 455-457.

213 - SOUPAULT R., GIELIS P. et CUKOR E. - Considérations sur les faux kystes du pancréas. (A propos de 5 observations personnelles). Arch. Mal. App. Dig., mars 1959, 48, n° 3, 129-150, 8 fig.

214 - STAVRE C., OLIVIER C. et LORD G. - Kysto-jéjunostomie sur anse en Y défonctionnalisée pour faux kyste du pancréas. Une technique de tamponnement intra-kystique. Acta Gast. Entéro. Belg., nov. 1955, 18, n° 11, 925-928.

215 - STAVRE C., OLIVIER C. et LORD G. - Kysto-jéjunostomie sur anse en Y défonctionnalisée pour faux kyste du pancréas. Une technique de tamponnement intra-kystique. Afrique franç. chir., janv.-fév. 1956, 14, n° 1, 25-27.

216 - STEWART G.R. - Pseudo-kyste du pancréas après un traumatisme. Med. J. Australia, 14 nov. 1964, 51, n° 20, 791-793 (Bibliogr.)

217 - STOPPA R. - Accident hémorragique de la gastro-kystostomie dans les faux kystes du pancréas. Afrique franç. chir., sept.-oct. 1958, 16, n° 5, 412-416.

218 - STRANSKY E. et HOFILENA-IBAY R. - A propos d'une forme particulière de pseudo-kyste pancréatique de l'enfance. Ann. Paed., 1964, 202, n° 1, 58-67 (Bibliogr.) (résumé français).

219 - SUAREZ C.V. - L'utilisation de l'omentoplastie intra-kystique dans le traitement des pseudo-kystes du pancréas. Am. J. Dig. Dis., sept. 1961, 28, n° 9, 844-858, 9 fig. (Bibliogr.)

220 - SURMONTE J.A., MILLER J.M., GINSBERG M. et MEISEL H.J. - Pseudo-kyste du pancréas simulant une affection rénale. J. of Urol., mai 1959, 81, n°5, 606-608(Bibliogr.)

221 - SZABO B. - Le traitement du pseudo-kyste après nécrose du pancréas. Chir., fév. 1954, 25, n° 2, 70-72 (Bibliogr.)

222 - TESTART J., RICHARD C.A., MAILLARD J.N., DUBOIS F. - Trois cas de stéatose de l'angle colique gauche par faux kyste du pancréas. Ann. Chir. 20, 15-16, 1966.

223 - THIRIET G. - Des kystes vrais et des pseudo-kystes nécrotiques du pancréas. Thèse Lyon, 8 Mai 1949, n° 104, 56 pages.

224 - THUAUD J. - Les kystes non parasitaires du pancréas. Thèse Nantes 1958.

225 - TOOLE H., PROKOS G. et LOUIS H. - Utilisation de lambeaux d'épiploon pédiculés pour le traitement des pseudo-kystes du pancréas. Brun's Beitr. Klin. Chir., fév. 1965, 210, n° 1, 80-83 (Bibliogr.) (résumé français).

226 - VARRIALE Ph., BONANNO Ch. A. et GRACE W.J. - Hypertension portale secondaire aux pseudo-kystes pancréatiques. Arch. of Int. Med., Août 1963, 112, n° 2, 191-198, 6 fig. (Bibliogr.)

227 - VAUGHIN A.M., WHITE M.S. et RAFFENSBERGER J.J. - Rupture d'un pseudo-kyste du pancréas avec présence de liquide pancréatique encapsulé mais sans rapport avec le kyste. Am. J. Surg., Juil. 1960, 102, n° 1, 94-98 (Bibliogr.)

228 - VERNENGO J. et BAGLIETTO L.A. - Pseudo-kyste du pancréas. Extirpation. Prensa Med. Argent., 5 Mai 1950, 37, n° 18, 926-929.

229 - VIGIER J. - A propos d'un cas de pseudo-kyste traumatique du pancréas. Thèse Paris, Juin 1956, n° 745, 37 pages.

230 - VITTORI, MATTEI et DOUBLIER - Pseudo-kystes du pancréas. Kysto-gastrostomie. Lyon Chir., fév.-mars 1955, 50, n° 2, 244-247.

231 - VITTOT M. - Abcès gangréneux pré-pancréatique simulant radiologiquement un kyste de la tête du pancréas. Arch. Mal. App. Dig. Nutr., 24, 424-427, 1934.

232 - VOET R. - Etude physiopathologique d'un pseudo-kyste fistulisé du pancréas. Prensa med. argent., 20 Nov. 1953, 40, n° 47, 3155-3160, 5 fig. (Bibliogr.)

233 - WARREN W.D. et MAC DONALD - Pancreatic cysts. The surgical clinics of North America. Vl. 44, n° 3, June 1964.

234 - WARREN W.D., MARSH W.H. et MULLER W.H., jr. - La production expérimentale de pseudo-kystes pancréatiques , observations sur le drainage interne. Surg. Gyn. Obst., Oct. 1957, 105, n° 4, 385-392, 8 fig.

235 - WARREN W.D., MARSH W.H. et SANDUSKY W.R. - Evaluation des techniques chirurgicales pour le pseudo-kyste pancréatique. Ann. Surg., Juin 1958, 147, n°6, 903-920, (Bibliogr.)

236 - WAUGH J.M. et LYNN T.E. - Aspects cliniques et chirurgicaux des pseudo-kystes du pancréas. Arch. Surg., juil. 1958, 77, n° 1, 47-54, 5 fig. (Bibliogr.)

237 - WAUGHN - Un cas vérifié par autopsie d'un abcès péripancréatique plus fistule spontanée externe avec calcifications pancréatiques. 1953.

238 - WEBER H. - Un cas de pseudo-kyste traumatique. Brun's beitr. Klin. Chir., 190, 215-221, 1955.

239 - De WITTE J. - Pseudo-kystes pancréatiques. Acta Gastro-Enter. Belg., mai 1948, 11, n° 5, 262-269.

240 - XIRADAKIS C., MITROU A. et NOUMZIS N. - Pseudo-kyste post-traumatique du pancréas. Galemus (Grèce), janv. 1963, 5, n° 1, 54-61 (Bibliogr.) (résumé français)

241 - YVERGNEAUX E. et YVERGNEAUX J.P. - A propos du traitement des pseudo-kystes du pancréas. Acta gastro-entérol. belg., mars 1963, 26, n° 3, 236-241.

242 - ZAOUSSIS A.L. - Pancreatic cysts. Surgical treatment especially by the use of internal drainage. Report of 6 cases. Ann. Surg., 138, 13-23, 1953.

243 - - Pseudo-kyste avec abcès chronique de la tête du pancréas. Am. J. Gastro-Entérol., fév. 1962, 37, n° 2, 192-198.

Vu le Doyen de la Faculté
de Médecine de PARIS,

G. BROUET

Vu le Président de la Thèse,

J.L. LORTAT-JACOB

Vu et permis d'imprimer.

Le Recteur de l'Académie de PARIS,

Jean ROCHE

PLAN DE LA THESE

INTRODUCTION ..... Page 1

RAPPEL HISTORIQUE ET ETIO-PATHOGENIQUE ..... Page 4

ETUDE DU TERRAIN ET DES CIRCONSTANCES ETIOLOGIQUES ..... Page 11

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ..... Page 19

DIAGNOSTIC PRE-OPERATOIRE ..... Page 32

TACTIQUE CHIRURGICALE ..... Page 40

METHODES CHIRURGICALES ..... Page 48

INDICATIONS THERAPEUTIQUES ..... Page 63

ETUDE DE LA MORBIDITE, DE LA MORTALITE ET DES RESULTATS ..... Page 68

CONCLUSIONS ..... Page 86

ANALYSE DES 90 OBSERVATIONS ..... Page 91

BIBLIOGRAPHIE